

CLINICA JESUS DEL NORTE S.A.C
R.U.C 20517738701

HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

Nº 004882

FECHA: 05 / 01 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Edith Malfante de Fortan E-MAIL: edithmalfantede28@gmail.com
DOMICILIO: Jr. Santa Rosa 143 - Urb. Arroyo de Lillo TELEFONO: 997268665
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 08666876

2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)

NOMBRE O RAZON SOCIAL: E-MAIL:
DOMICILIO: TELEFONO:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO:

3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)

Medico de Reumatología ordena examen oftalmológico, mismo atendido por el medico Ojeda Galvan ordena examen Retinografico, pagando y realizando dicho examen el día sábado 27/01/22; luego, pago nuevamente por el mismo (pago de dicho de examen); solo me informan verbalmente mi condición médica, sobre el informe medico para cumplir con mi médico tratante de hematología; negándose de dicho informe ya que tengo solicitud por conducto regular; me apersono a través administrativo, sobre que se

4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (X) NO ()

5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)

Hece la entrega de dicho informe en el momento ya que dependo de los resultados para el inicio del tratamiento renal que me aguija, me piden y entregando una hoja (acuse) con un plazo de entrega al 08/08/22. Sin importar mi estado de salud, a pesar que necesito los resultados médicos.
CARLOS 10:06 am

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD