



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

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD**

| 1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO NOMBRE O RAZON SOCIAL: Juan Digs March AE-MAIL: Juan Desposarlo Salson DOMICILIO: A.V. Mucos Capar 7323 TELEFONO: 99711688 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (**) DNI (**) DE (**) PASAPORTE (**) RUC N° DOCUMENTO: 45346511 2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su lienado) 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) Plague antes de la company de la company de continuar al reverso de la hoja) La company de la company de continuar al reverso de la hoja) La company de la company de continuar al reverso de la hoja) La company de la company de continuar al reverso de la hoja) La company de la company de continuar al reverso de la hoja) La company de la company de continuar al reverso de la hoja) La company de compan | Av. Carlos izaguirre 153 independencia | Nº 004800 |
|--|---|---|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: Juan Digo Morado AE-MAIL: Juandreys beauty Salson DOMICILIO: A.V Oliver Capar 7323 TELEFONO: 99711688 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 45346511 2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuarlo afectado no es necesarlo 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), Llegue curtes de la segue para el traje como se de continuar al reverso de la hoja), Llegue curtes de la segue para el traje como se de continuar al reverso de la hoja), Llegue curtes de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja), Llegue curtes de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja), Llegue curtes de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja), Llegue curtes de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja), Llegue curtes de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja), Llegue curtes de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja), Llegue curtes de la hoja, de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja), Llegue curtes de la hoja, de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja, Llegue curtes de la hoja, de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja, Llegue curtes de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja, Llegue curtes de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja, Llegue curtes de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja, Llegue curtes de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja, Llegue curtes de la como ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja, | FECHA: 27/06 / 22 | |
| DOMICILIO: A.V Olanco Cagar 7323 TELEFONO: 997/11688 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (DI DNI ()) CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 45346511 2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su lienado) 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) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grap | | |
| DOMICILIO: A.V Olanco Cagar 7323 TELEFONO: 997/11688 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (DI DNI ()) CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 45346511 2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su lienado) 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) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grapos podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue auto, de los grap | NOMBRE O RAZON SOCIAL: Juan Digo Moranda A | J.E-MAIL: Juandrego beauty Salsna |
| 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 Nº DOCUMENTO: 3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja) Flegue autis, de los finas como a de Columbio paso con de contra espacio para el traje como a de Columbio paso con de contra espacio para el traje como a de Columbio paso con de contra espacio para la traje como a de columbio paso con de contra espacio para la traje como con de contra espacio pasa la traje con con de contra espacio pasa la traje como con de contra espacio pasa espa | DOMICILIO: A. V Olanco Capac 7323 | TELEFONO: 997/11688 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: 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) Lle que antes, de las giorpan Com melegiar y dolor de Carega espere para el triaje como en de Estumbre paso con de Carega el qual que ervelur es ordens la medicaria que mus tensair gree fad mismistra sin ambargo pasaba el tensar ry no cra dandido, toque el trubre 2 reces y caas el volos que mudi caray en ya se a es casam con la modicamento y no hue as que fue el modiono de mismo modestas y mula almain ya que 4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI () NO () | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC | N° DOCUMENTO: 45346511 |
| DOMICILIO: DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar ai reverso de la hoja) Lle que antes, de las finaje como as de Costumbro paso con de Cadego, espere para el triaje como as de Costumbro paso con de Cadego, espere para el triaje como as de Costumbro paso con de Cadego, de cual que ervolur as ordens la medecina que mo tencina que pla mensisten sin ambango pasaba el tengo re denallo, togas el trubre 2 occes y caas 2 vedes que indis caran que ya co a cerca san con la modicamento, y sus fue así, ase fue el motoro de que modestes y unla aluncia ya que 4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (A) NO () | 2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el u | suario afectado no es necesario su llenado) |
| 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) Llegue antes de les giorper Com malestas y delos de Cadeze, espere para el triaje como es de Estudero paso con d melhors el cual me ervivos es ordens la medecina que me tenson gree fod menistron sin ambargo pasaba el tenso y no cra dendedo, toque el trubre 2 veces y caas 2 vedes me indiscaran que ya se acercasan con le modecamento, y un bre asi, cre free el modano de mo modestas y mela almain ya que 4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (X) NO() | NOMBRE O RAZON SOCIAL: | E-MAIL: |
| 3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja) Llegue antes, el les Giorphi Com maleglar y dolor de Catego, espere para el triaje como es de Costimbre paro con el anestrero el cual une ervelur es ordens la medociria que me terricur gree pod menistron sin ambargo pasaba el teny ry no cra denstido, toque el trubre 2 orces y caas 2 veces une indicaron que ya ca acerca sur con el medicamento, y un bre así, ese fue el molano de mó molester y una atuncia ya que 4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (A) NO() | DOMICILIO: | TELEFONO: |
| Llegue autes, de les Giopper Com malesters y dolor de Casere, espere para el triaje como es de Estudire paro con de medicario que medicario que me terricio spere fed manistron sin ambargo pasaba el teny y no ca dendido, toque el trubre 2 occes y caas 2 vedes me indiscarron que ya se acescasam con le modicamento, y mo hie así, coe fue el moltono de que molester y mala alman ya que 4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (A) NO() | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC | N° DOCUMENTO: |
| S. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO) ARCHARACT ARCHAR | Llegue anites, de les Giorpan Com malesters y dolor de Catego, espere para el triaje como es de Estudire paro con de medicaria que medicario de cual me ervolur os ordens la medicaria que me tenicar gree fed manistrar sin ambargo pasaba el tenja y no cra denstido, toque el trubre 2 orces y cras 2 vedes me indi caron go ya se acescaban con le modicamento, y us fue así, cre fue el motiono de mo molester y ruela alman ya que 4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (A) NO() | |
| Strong Strong O:73 Dente | 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO) | |
| 6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO | | |

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD





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

Av. Carlos Izaguirre 153 independencia

22106122

HOJA DE RÉCLAMACIÓN EN SALUD

008400 97

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Juan Wing Mondo P.E-MAIL: Juan Berschaufer Schafe Domicilio: A. V. Chara Caput 7313 TELEFONO: 97711188. Survey DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OF DNI () CE () FASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 47346511.

....

DOMICILIO: TELEFO

DOCUMENTO DE IDENTIDADE () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO:

autorior mento; fui asegurado de la clhusca y munca tenor este pusticato, surpre me atendrevoir bien y divanto este tringro janos poso este mala forma de atendro (som les 8:00 pm) s no recebé el medocamento sin endorso la agresa no ce que sesponsabels y ar y dendreme mi divero o done solución

36.5

SOUTHWENT AND A TRAVES OF TRATO DIRECTO.