

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004860

FECHA: **26 / 07 / 22**

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Oliver Napuri Lozano** E-MAIL:

DOMICILIO: **AV. TUPAC AMARU ANTES DE MUNICIPALIDAD CARABAILLO** TELEFONO: **99 1669 854**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **25820347**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Flor Lozano Flores** E-MAIL:

DOMICILIO: **AV. TUPAC AMARU ANTES DE MUNICIPALIDAD HERANO** TELEFONO: **54354 08**

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)

**Maltrato de la doctora CRISTI CHAVEZ
NO TIENE TIPO PARA TRATAR A LAS PERSONAS
Y CALUCNIA HACIA LA FAMILIA DEL PACIENTE**

4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)

SI () NO (☒)

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

Carlos
12:33pm



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD