

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

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

**HOJA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD**

**Nº 004907**

FECHA: **22 / 08 / 22**

**1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **MARTÍN ANDRÉS MONTEZ MOQUILLAZA** E-MAIL:

DOMICILIO: **Calle Dalias 236, Urb. Sta. Isabel, Carabayllo** TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (☒) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: **91882417**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **ANGEL JESÚS MONTEZ OSORIO (Padre)** E-MAIL: **ANGELMONTES788@GMAIL.COM**

DOMICILIO: **Calle Dalias 236, Urb. Sta. Isabel, Carabayllo** TELEFONO: **963525787**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (☒) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: **41814904**

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

Según lo acontecido el día 20/08/2022, mi hijo fue diagnosticado por el personal médico de la clínica J.N. aproximadamente a la 8:00 am (seis de la mañana) por una fiebre de 37.5 aprox como "CASO EMERGENCIA". Luego, el mismo día, a las 4 pm (cuatro de la tarde) por una fiebre de 39.5 aprox como "CASO URGENCIA MÉDICA". Por lo tanto, dejo constancia mi desconformidad con la atención médica, por poner en riesgo la salud de mi hijo y ocasionar un gasto económico. Además se solicitó el Libro de Reclamos, sin éxito.

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

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

*Gina  
12:38 pm*

*[Signature]*

**6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO**

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE  
RECLAMACIONES EN SALUD