

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004873

FECHA: 31 / Julio / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: YOHANNES LUCIO CESPEDES BALLENTOS E-MAIL: corporacion-nefal@hotmail.com

DOMICILIO: Av. Huancabamba 417 Urb. Covida - Los Olivos TELEFONO: 946570737

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 44861559

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Netzer Hugo Goñas Menacho E-MAIL: Convuliente

DOMICILIO: Av. Ecuador 258 - Cercado de Lima TELEFONO: 955304541

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 09954083

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

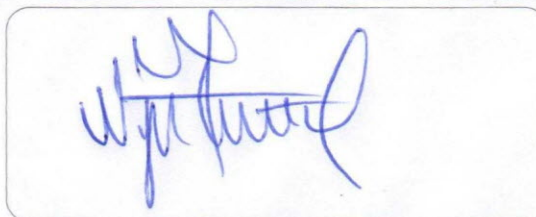
Fuimos atendidos en emergencia porque hoy Domingo no atienden consultas. A mi señora le atiende la doctora Miste Salazar Solimar Alexandra le Receta una ampolla y Pastillas cuando le dimos q' nos aplicaran la ampolla y las pastillas compramos afuera no quisieron nos dice q' debia aplicar en la clinica y nos cambio de Receta con solo pastillas les pedimos la Receta anterior para verificar las ampollas y no nos quisieron dar

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

SI ☒ NO ()

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

Dona



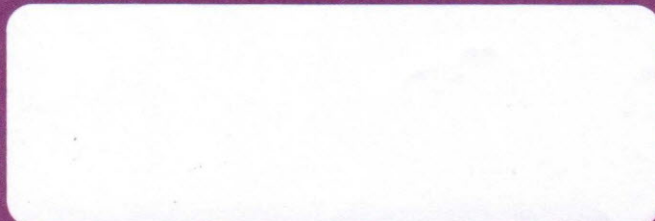


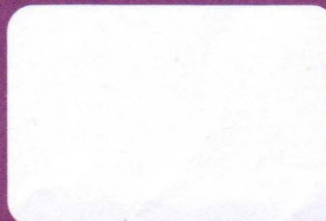
6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO


DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD







HOLA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Nº 004873

CLINICA JESUS DEL NORTE S.A.C.
R.U.C. 2051738701

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

La Receta con los supositorios para Verificar que solo
ese medicamento se puede poner en la clinica como
nos dijo la doctora. esperamos y no nos entregaron
porque querian que compremos si en la clinica.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC ()
Nº DOCUMENTO: 44861329

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: UGTA Hugo Gonzales Mena E-MAIL: *convulsiante*
DOMICILIO: V. Ecuador 228 - Cercado de Lima
TELEFONO: 022304241
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC ()
Nº DOCUMENTO: 00024083

DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio puede continuarse al reverso de la hoja)

Receta con solo pastillas las pedimos la receta anterior para verificar
no daban nos dice q' debia estar en la clinica y nos cambiaron de
oficina q' nos abian en un lugar y las pastillas compramos de
Solimar Alexander le dio una receta y un dolor y por fin cuando le
consultas a mi señora le otorga la receta la doctora misma solimar
luego atendida en emergencia porque hoy domingo no abian

AUTORIZACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)
SI (X) NO ()

FIRMA DEL RECLAMANTE (SEGUNDO REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)

[Firma manuscrita]

SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD

RECLAMANTE

DETALLE DE LA SOLUCION

[Espacios para firmas y detalles de la solución]