



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD** 

Nº 004872

FECHA: 30 107 1 2022
1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO
NOMBRE O RAZON SOCIAL: OSWBLDO Broufo NOVRE-MAIL: W BLDO Broufo & ht.) DOMICILIO: J. JUSÉ M ANTIN # 160 - Lily TELEFONO: 99864829  DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 06180902
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)  — mo hy verti ni la de olineira a las  personas de dercerar eded  deri per emesacia e me mo fute mi que  trival que es perr a zo pocunta mo  las hais coluts de les tercera colod  De re ser saucionado x ERA OPE  4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)  SI(X) NO()
5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)  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