

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004862

FECHA: 26 / 07 / 22

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Elizabeth Lmy Arila Rivas E-MAIL: sergetoravarilash.com

DOMICILIO: Jr. Guadalupe #334 KM13 Comas TELEFONO: 941 800 674

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI (☒) CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 06874471

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)

- Maltrato a mi persona, mala atención.
- Sin Medicamentos. paciente con Broncoespasmo, acudiendo en todo momento al personal de piso donde estoy internada y se peleaban. y Faltas de medico y atención del personal de turno. me siento pesima, soy Hipertensa y me puse peor. dilatan el tiempo.
Siendo 2.20 PM.

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

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

Dona
Pova
3.02 PM

Elizabeth Lmy Arila Rivas

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD