

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004884

FECHA: 05 / 08 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Sarita Prieto Garcia

E-MAIL: prietosarita@hotmail.com

DOMICILIO: av. Micaela Bastidas 1261 @13-303 comas

TELEFONO: 941973388

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC

Nº DOCUMENTO: 25804265

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

Nº DOCUMENTO:

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

ingresando a la consulta con mis dos menores niñas de 15 y 4 años ya que la atención era para la menor de 15 años el doctor ingresando al consultorio de forma altanera, grosera, intolerante pide que la pequeña, de 4 años se quede afuera por lo cual le conteste que no podía dejar a la menor afuera con ninguna persona que no sea yo su mamá ella es mi responsabilidad pero el no entendió e insistía que salga por lo cual dijo que no me atendería y nos retiró del consultorio.

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

SI (X) NO ()

De muy mala forma no teniendo consideración que estaba

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

con dos menores de edad. Dr. Olivares Hongrut Eduardo pésimo profesional.

Carlos 13:15pm.

Sarita Prieto

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD