

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

Av. Carlos Izaguirre, 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Nº 004892

FECHA: 10 / 08 / 22

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Diana Hamani Sevillano

E-MAIL: Diana-Sevillano@hotmail.com

DOMICILIO: VICTOR RAUL M2 R2 L10 B Independencia

TELEFONO: 929737272

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

Nº DOCUMENTO: 42054266

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)

En admisión (emergencia) no me dieron los datos correctos dijeron que mandarían mi prueba molecular a mi correo lo cual nunca lo hicieron, ni me mencionaron que podía entrar por la página del laboratorio, ni me mencionaron de un usuario y contraseña. Si no es por mi esposo que fue a las 12 am a emergencia no me daban los resultados, reclamé por la falta de información del personal y me diciéndole a mi esposo que con el resultado saque una consulta presencial, cuando ya me dicen que es virtual.

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

SI (X) NO ()

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

Gina
12.29pm

Gina

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD