

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Nº 004871

FECHA: **30 / JULIO / 2022**

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **FRANK ROBERTO TAPIA PEREZ** E-MAIL: **frankrobertotapia Perez@gmail.com**

DOMICILIO: **H2E LT1 CMTS MERCURIO DITO** TELEFONO: **910 975680**

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

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)

BUENAS TARDES PRESENTO MI RECLAMO EL DIA DE HOY ENTRE POR EMERGENCIA POR EL DOCTOR ANDRO GONZALEZ CND-090413, EL MOTIVO LLEGUE CON FUERTES DOLORES DE CABEZA Y MALESTAR GENERAL DEL CUERPO, DESPUES DE PASAR POR TODAS LAS INDICACIONES DEL MEDICO ME DAN LA RESPUESTA QUE PARA EL DOCTOR NO ES UNA EMERGENCIA SI NO UNA URGENCIA POR LO CUAL ME PIDEN QUE HAGA LA CANCELACION DE LOS GASTOS EMITIDO, LO CUAL ME PARECE UNA INJUSTICIA, Y LA MALA ATENCION DEL DOCTOR

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

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

Dona
Perez
5:01 pm

[Firma]

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD