



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD

Nº 004808

FECHA:	01	7	07 I	2022
--------	----	---	------	------

N DEL USUARIO O TEI	

NOMBRE O RAZON	SOCIAL: Pocio de	el Pilor Olia	nalos mau	nēi™AIL: CY	1110 301707@gm
					940066922
					TO: 46308662

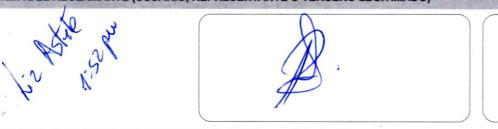
2. IDENTIFICACION DE	QUIEN PRESENTA EL	RECLAMO	En caso de ser	el usuario afec	ctado no es nec	esario su llenado

NOMBRE O RAZO	ON SOCIAL: ERICH	ANDREL.	OLIVERA COU	MAIL:	
DOMICILIO: 3	CO AND WAY	#335	Comas	TELEFONO:	
DOCUMENTO DE I	DENTIDAD: (X) DNI () CE () PA	SAPORTE () RUC	N° DOCUMENTO:	47829984

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

El dia 30106/22 me ocerque a la clinica a solicitar Carta de aprantia, poro consulta con neurocrugia, me dirigi al 3 piso Area de Admison Ambulatorial H. y me entregenon la Carta de la respuesta del Soguro la postiva, luego ma accorque al y piso a reservar ata medica pora el dia aijotlez y solicitar Carta de accontra pora alençon. En admison A. La sita. Haribel Yales, me indice al la hojo a mo brodyon en el 3 pro estado Carta, Hoy en la cita de mi hermano al mo ora y sor alle en es dicha carta, Hoy en la cita de mi hermano al no ora y sor alle en estado Notificación DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SIX) NO()

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



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

U. SOLUCIOITA	OU RECEAMO A TRAVES DE TRAI	OBIRECTO		
	ETALLE DE LA SOLUCION		RECLAMANTE	RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD
		T		T
	Las IAFAS, IPRESS O UGIP	RESS deben atender el	reclamo en un plazo de 30 días hábiles	