

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004765

FECHA: 05 / 06 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Nathaly Maco Castro E-MAIL: nmacco@cap.org.pe

DOMICILIO: Jr. la union 232 - TELEFONO: 927777772

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (☒) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 72573753

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)

* En emergencia cuando solicite una manta, no la traian, tuve que acercarme nuevamente para que me la entreguen
* en atc. la señorita Angi Chavez, atendió de muy mala manera.

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

SI (☒) NO ()

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

Gabriela
05/06/22
4:32 PM

Nathaly Maco

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD