



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: 04/08/2022

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD**

Nº 004880

. IDENTIFICACION	DEL	USUARIO	IEKCEKU	LEGITIMADO	

I. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO
NOMBRE O RAZON SOCIAL: JAVIETZ F. USALDE ENRIQUEMAIL:
DOMICILIO: 50. LOS CEIBOS 3909 URB. LAS PALTERAJELEFONO: 6505805
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (XDNI ()CE ()PASAPORTE ()RUC N° DOCUMENTO: 01334370
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)
NOMBRE O RAZON SOCIAL: ANALI UBALDE ENRIQUE MAIL: anali ubalde @gmail.com
DOMICILIO: JR. LOS CEIBOS 3905 UN.S. LAS PALHERAS - LOS OLLUDI
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: MONI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 42675238
3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)
PADRE HA SIDO HOSPITALIZADO EL DIA HARTES OZ/OB, ENTRO POR EMERGENCIA. LE HAN REALIZADO MAS DE 20 ANACISIS Y Z TOMOGRAFIAS Y NO HAN DETECTADO QUE ES LO QUE TIENE SOLO LE HAN DADO UN PRATAMIENTO EENERAL. LO ESTOY RETIRANDO A OTRO EESS, NO SE ENCUENTRA BIEN, PERO LA CLÍNICA NO PUEDE EXONERARSE DE RESPONDA BILLIDAD PORQUE SON Z DIAS QUE NO DAN CON EL MAL QUE TIENE Y L'AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SIX NO()
5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)
And fulle

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD