

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004914

FECHA: **26 / 08 / 2022**

1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Paul Mauricio Chargui de la Cruz** E-MAIL: **paulm.chdlc@gmail.com**

DOMICILIO: **Calle D Asoc. los dominicos de Santa Rosa HELL H-29 S.H.P.** TELEFONO: **954258864**

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: **Calle D Asoc. los Domi** 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)

El reclamo que vengo hacer es por un mal diagnóstico médico. El día ~~15~~ **16/08/2022** ingrese a emergencia por un accidente automovilístico, me solicitaron una radiografía de mi hombro izquierdo para descartar cualquier lesión o fractura y me dieron de alta porque en los resultados arrojaron que tenía una pequeña contusión, si embargo el día **25/08/2022** me diagnosticaron una luxación en el mismo hombro que ya me habían analizado con la misma placa del día **16/08/22**. Necesito respuesta y responsabilidad de la clínica. Ante este caso negligencia médica.

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

SI (X) NO ()

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

O DINA
12:03 PM

Chargui

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD