

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: 18 / Agosto / 2022

HOJA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD

Nº 004916

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Gissela Villegas Jara E-MAIL: darilychavezvelazquez@gmail.com  
DOMICILIO: J. J. Delgado 289, Urb. San Carlos TELEFONO: 949449589  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: 22093980

2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Darily Chavez Velazquez E-MAIL: darilychavezvelazquez@gmail.com  
DOMICILIO: J. J. Delgado 289, Urb. San Carlos TELEFONO: 949449589  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: 09612282

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

Por recomendación del médico para trasladar a mi  
señor a otro centro de Salud pidió que se le  
ponga pedula en el brazo lesionado, pero que  
se veía a las 05:50 am pero siendo las  
07 am no se acercó el médico para atender  
a la paciente y ponerle pedula, desconociendo

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

SI (X) NO ( )

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

a suponer se le  
va a atender, ya  
Requiere si el dueño  
esto con otros pacien-  
tes

*[Firma manuscrita]*

*[Firma manuscrita]*

*[Firma manuscrita]*

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE  
RECLAMACIONES EN SALUD