



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

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD**

| Av. Carlos izaguirre 153 independencia | Nº 004908 |
|---|---------------------------------|
| FECHA: 23 1 0 8 1 2022 | |
| 1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO | |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: Santiago toribio | E-MAIL: |
| DOMICILIO: AV. Daniel A.C. MZ Lot 3 S.M.P. | TELEFONO: 943652884 |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (≯ DNI () CE () PASAPORTE () RUC | N° DOCUMENTO: 06951007 |
| 2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el us | |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: Esther Meryluz Heza Lazaro | E-MAIL: techy_0812 @hotwail.lom |
| DOMICILIO: AV. Daniel A.C.12 K Lot3 S. 17.P. | TELEFONO: 94365288 4 |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (★) DNI()CE()PASAPORTE()RUC | N° DOCUMENTO: 41422988 |
| 3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja) | |
| El 02-08-22 nos apersonames al ansultano del Dr. Olivares Mongrui Alfonso y recebimos una atención pesimo y corta sin medicar o enviar algunos exame- nes que necesita ya que se presentada episadio de diavrica por más de 3 dias muy frecuentes a la insistencia nos environ un analisis de hemograma. | |
| 4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNA | ADO (MARCAR) SI (X) NO () |
| 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO) | |
| Gina 1.25 pm | |
| 6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO | MANTE RESPONSABLE DE LIBRO DE |

RECLAMACIONES EN SALUD