

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004814

FECHA: **04 / 07 / 2022**

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Christian Santillán Escudero** E-MAIL:
DOMICILIO: **Paje Manuel Valega Sayán 235** TELEFONO: **987653272**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (☒) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **43053268**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Rosemarie Jimenez Agüero** (ESPOSA) E-MAIL: **rosejimenez@hotmail.com**
DOMICILIO: **Paje Manuel Valega Sayán 235 Urb. Villa** TELEFONO: **98765-3272**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (☒) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **41804296**

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

El 26/06/2022 recibí una pésima atención y maltrato por la asistente de emergencia Edith. ~~María~~ Palacio, la cual no me atendió en el momento indicado por estar con el celular y luego me hablaba parcaísticamente teniendo un lenguaje corporal ^{inapropiado} con el traumatólogo, me quedé sumamente mortificado ante este maltrato.

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

SI (☒) NO ()

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

Katty
09:48am

R-I-A

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD