

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

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

FECHA: 06 / 08 / 2022

**HOJA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD**

**Nº 004886**

**1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Justine Keyle Torres Hidalgo E-MAIL:

DOMICILIO: Calle Progreso 373 Urb. Mesa Redonda TELEFONO: 7454 12 27

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: 7454 12 27

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Christian Márquez Meléndez E-MAIL: christianmarquez682@gmail.com

DOMICILIO: Calle Progreso 373 Urb. Mesa Redonda TELEFONO: 98 113 349

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: 7465 96 92

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

Mala Coordinación, Si uno No Redama Nadie  
Se Aserca a Atendernos

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

SI (X) NO ( )

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

Gina  
2.12pm



**6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO**

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE  
RECLAMACIONES EN SALUD