

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004857

FECHA: 25 / 07 / 22

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Joseph Nabil Rojas Viamani

E-MAIL: Lias8305@yahoo.com

DOMICILIO: Jr. Posichuanca 545 Los Palmeros

TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC

Nº DOCUMENTO: 91041319

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Celia Mamani Huaman

E-MAIL: Lias8305@yahoo.com

DOMICILIO: Jr. Posichuanca 545 Los Palmeros

TELEFONO: 984067770

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC

Nº DOCUMENTO: 41393771

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

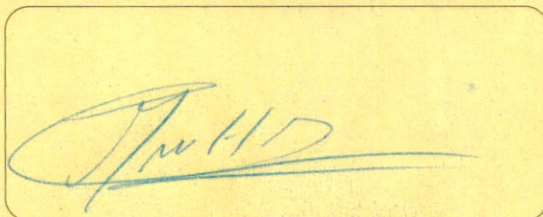
Solo Solicite uno vez para poder volver hasta llevarlo al hospital ya que ~~era~~ muy tarde para llevarlo al hospital que es el Sobogal, a parte el Dr. Rogallones Horroca no me explico nada sobre los resultados la enfermera me dice el resultado de covid pero no el Dr.

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

SI (X) NO ()

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

11:45 p.m.
Angela
Hernandez



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD