



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: 04/08 / ZOZZ

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD**

Nº 004879

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO
NOMBRE O RAZON SOCIAL: AWARD FORWING TWEED TENNAMES MAIL:
DOMICILIO: URB. LAS BERRIAS MZ F LT 28 SAP TELEFONO:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO:
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)
NOMBRE O RAZON SOCIAL: CARDE TINED HURTAD E-MAIL: CARDS MPHE GYALL COM
DOMICILIO: UPB LAS BEGON LAS MZFUZBSNP TELEFONO: 943062633
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: MODI () CE () PASAPORTE () RUC Nº DOCUMENTO: 43857564
A AUTORIZO NOTIFICACION DEL REPUBLICATION OF RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) THIS FUE INCRESADO EL 02/08 POR ETTERCACIA POR PRESENTAR JONITOS CONSTANTES, LE PUSIERON UMA INJECCIÓN PARA LAS NAUSEAS LE DIJERON QUE EN DOS DÍAS SE RECUPERARÍA QUE ERA UNA INJECTÓN STONACAL. EL 03 PRESENTO VONITOS NUEVAMENTE EN LA NOCHE Y EL 04/08 MILA HAMANA LO VOLUNOS A TRACE DETERMENTA QUE BERNA QUENSE LES UONITOS LE DISTONACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (X) NO()
Sies bu
6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

RECLAMANTE