



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD

Nº 004890

FECHA: 091 081 2022	
1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO	
DOMICILIO: Cours Cours Uh. Son Romo I	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUI	
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de se	r el usuario afectado no es necesario su llenado)
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	E-MAIL:
DOMICILIO:	TELEFONO:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RU	C N° DOCUMENTO:
3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio po hego de felir del Carildorio me indi fermecia, voy e la precia me dicen Lete perer per entorizzarion en el esperer per cari d'hora (1 a 2) pm. resistrar debe esperer 22 3 dias pere d'esistrar debe esperer - Es reiterativo que la - Caridando que derde q 4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONS 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO 9. P.	gue el Doido es recojer en la que el Doido Historianiro re 500 piso, dende me hacen y me dicer que lveso de que se comonigen comigo. La denor en la clinica es expendo solidel cualtoria pasí mo de 130 hos signado (MARCAR) SI(X) NO()
6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO	
DETAILE DE LA SOLUCION R	FCLAMANTE RESPONSABLE DE LIBRO DE