

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004761

FECHA: **03 / 06 / 2022**

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Bradley Pabmino Calderon** (Paciente) E-MAIL: **fior0044@gmail.com**
DOMICILIO: **Asoc. Residencial Montecarlo H26 Lt 1 Prima** TELEFONO: **949076483**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **43605-91680273**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Karen Fioralla Calderon Modera** (Madre) E-MAIL: **fior0044@gmail.com**
DOMICILIO: **Asoc. Residencial Montecarlo H26 Lt 1 Prima** TELEFONO: **949076483**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO:

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

Llegué a la Clínica a las 5:00 pm, mi hijo de 2 años estaba con fiebre 39, demoraron demasiado en atenderlo para sujar, prácticamente dormado, luego la licenciada que vino a colocarle la inyección, no lo sujetó bien a mi hijo su pierna y le metió la aguja con toda brutalidad, de manera abrupta, no de la forma correcta ya q. no es la primera vez que lo atienden, la señorita respondió que así es la forma para cobrar a los niños, no reconfirmó su incapacidad para tratar con menores, no tiene la empatía para tratar con bebés o niños, adicionalmente la atención pesimista y no entregaron los medicamentos.

4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (X) NO () **completos**

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

Gabriela
03-06-22
6:14 pm

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD