

TOMOGRFIA MEDICA S.A.C
R.U.C: 20502454111

Dirección de establecimiento
AV. CARLOS IZAGUIRRE 153, INDEPENDENCIA

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Código IPREES: N° 00026001

N° 000129

FECHA: 09 / 08 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Patricia Myriam Pareja Espinoza E-MAIL: pparejae@yahoo.es

DOMICILIO: Calle 1512 Rlt 18 Urb Alameda de El Pinar Las Comas TELEFONO: 961848219

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 09225122

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: E-MAIL:

DOMICILIO: TELEFONO:

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)

El reclamo se debe a la mala atención de la Sra. Catharin Sofia Arroyo Espinoza DNI 76734834. Tenía una orden para Resonancia Magnética, se le consultó como debía hacer, me indicó que tenía que sacar un ticket, esperé, llegó otra persona y sacó su ticket después que yo, sin embargo esta persona se paró en ventanilla y fue atendida antes que yo, le reclamé y me dijo que la Sra. estaba regresando, pero no fue así, porque sacó ticket, agradeceré mejorar la atención al cliente y pongan las reglas claras.

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

SI (X) NO ()

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

CARLOS
07:34 pm





6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD