

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004825

FECHA: 07 / Julio / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Dave Kenneth Huane Quinto E-MAIL: davekenneth02@hotmail.com

DOMICILIO: Calle La Amistad #452 TELEFONO: 925221898

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI (x) CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 74235217

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Valeria Salazar Rios. E-MAIL: davekenneth02@hotmail.com

DOMICILIO: Condominio Sol de Pájaros F-32703 TELEFONO: 983436305

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (x) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 71258210

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

- Mi colaboradora se encontraba con el pie vendado después de sufrir una laceradura de tobillo, fue atendida luego de 2 horas de espera, del cual tuvieron que esperar después de hora indicada, recién comenzaron a llamar a la aseguradora, ya teniendo todos los documentos en regla.

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

SI (x) NO ()

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

Admission
Janet
Mendoza.
23:02.

[Firma manuscrita]



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD