

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: 17 / 07 / 2022

HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD

№ 004839

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Katherine Anacleto Avalos

E-MAIL: sanary 17@hotmail.com

DOMICILIO: Av. Paramonga Mz b Lote 23 S.1.º P

TELEFONO: 953 6 60992

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC

N° DOCUMENTO: 43070792

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 día de hoy vine por Emergencia porque tenía un cuerpo extraño en mi vagina. Revisó el doctor Ayala quien me encontró una gasa doblada como de 25 cm el cual estaba con un color negro y amarillento y con un olor fétido. Esta gasa ha sido olvidada al parecer por la doctora que me operó el día 19 de Junio, el cual fue cesárea de un bebé prematuro de 32 semanas. La doctora MACHADO fue quien me operó. El día 30 de Junio vine a su consultorio y le dije que me salía sangre con un olor como podrido el cual ella me dijo que era normal y solo me recetó unas pastillas y ovulos x 5 días.

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

SI (☒) NO (☐)

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

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

HOLA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Nº 004839

CLINICA JESUS DEL NORTE S.A.C.
R.U.C. 2051738701

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

17 / 07 / 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO REPRESENTANTE

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Katherine Anacleto Ayala E-MAIL: katherine.ayala@notmail.com

DOMICILIO: Av. Garibaldi 150 P. 209 TELEFONO: 955689955

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N. DOCUMENTO: 43040495

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

NOMBRE O RAZÓN 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 puede continuar al reverso de la hoja)

Exijo se responsabilicen por esta Negligencia Médica ocasionada por la doctora Machano y las demás personas que me atendieron ese día, porque ~~por~~ me pudo haber dado una infección al útero o ~~otras complicaciones~~ ~~compensación económica~~ mucho mayor. Además exijo una ~~compensación económica~~ por los gastos ocasionados debido a esta negligencia médica.

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

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

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]
02:00 p.m.

6. SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

RECLAMANTE

DETALLE DE LA SOLUCIÓN

[Espacio para firma]

[Espacio para firma]

[Espacio para firma]