

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

**HOJA DE RECLAMACIÓN**  
**EN SALUD**

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

**Nº 004861**

FECHA: 26 / 07 / 2022

**1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Fanonay Dier Shirley Lopez E-MAIL: sfanonayd@gmail.com  
DOMICILIO: P.O. Miguel Grau Mz 52 U17 - Luchayo TELEFONO: 989635665  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ( ☒ ) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: 74211767

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Fanonay Dier Shirley E-MAIL: sfanonayd@gmail.com  
DOMICILIO: P.O. Miguel Grau Mz 52 U17 - Luchayo TELEFONO: 989635665  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ( ☒ ) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: 74211767

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

Ingresé hoy 26.07. a las 9am, según se me atiende a las 12:21 pm con la Dra. Marie Hernandez-Sergeant, presinto los persistentes, fiebre hace unos días, malestar general, flemas, resultados covid en casa, bajo ex figura, se me hace muy difícil recibir de Prueba Covid y se me da medicamento, por lo mismo, a lo que, sabiendo se hace y se me hace la atención con mi cobertura, advierto que no se ingresaron los datos de atención en el historial y que se me fue a cobrar.

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

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

Quiero decir la positiva e indicar que no hay problemas con la cobertura, que si se hizo un examen médico debí de atenderme sin problemas.  
Personas involucradas:  
- Genesis Blum Espinoza.  
- Keshie Rojas.  
Fanonay Dier Shirley

**CARLOS**  
**01:33PM**

**6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO**

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE  
RECLAMACIONES EN SALUD