

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

**HOJA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD**

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

**Nº 004797**

FECHA: 24 / 06 / 22

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Jana Chiri Vilquez E-MAIL: jachiriw@yahoo.com  
DOMICILIO: Calle 3 125 LT 21 Coop. El Olivo TELEFONO: 9 85762963  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: 06241275

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: ORE CHILL SOL RAQUEL E-MAIL: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: 977284556  
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)**

Me reclamo, es porque la doct. CHAVEZ VASQUEZ le recibo  
a mi hija un medicamento q' no le alivio por el contrario  
sumando la molestia a pensar que no le indico q' días  
antes había tenido consulta con otra doctora la cual  
le recibo un medicamento q' le hizo muy bien, ahora  
tengo q' pagar otra vez la consulta por lo mismo

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

SI ☒ NO ( )

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

Liz Astete  
05:42 pm

J. Chiri  
06241275

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

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE  
RECLAMACIONES EN SALUD