

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004909

FECHA: / /

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: William Valladares Escobedo E-MAIL: azur_077@hotmail.com

DOMICILIO: Av. Cosco Mz A Lte. 10 Urb las Dalias TELEFONO: 979440471

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 44538609

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)

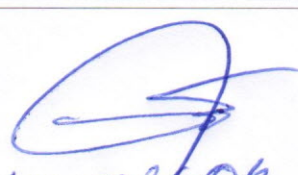
Saque mi cita vía telefónica para el consultorio de traumatología para el día de hoy a hrs 08:15 con el Dr. Guerra Mera Lenin. Llegando a tiempo luego de los trámites respectivos y a pesar que fui el primer paciente programado se me dio a atenderme luego q' me informó su asistente, x q' según el no me había operado, luego de mis reclamos luego q' la sala que me atendió que fue cerrada de urgencia.

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

SI ☒ NO ☐

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

Katty
09.22


44538609

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD