

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: **27 / 07 / 2022**

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004865

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Juan Villar Cuevas**

E-MAIL: **villar.cuevas.juan@gmail.com**

DOMICILIO: **Jr. Contisuyo 255 urb. Zarate S.S.**

TELEFONO: **982077303.**

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

Nº DOCUMENTO: **46703943.**

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

Nº DOCUMENTO:

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

Me acerco a la clínica Jesús del Norte por emergencias el día 17/07 por dolor abdominal a aproximadamente 10:30 am me realizaron ecografía (por ser paciente oncología) determinando una apendicitis aguda para operación espere 8 horas para dicha operación en sala de emergencias luego de dicho el doctor indica cita para día 26/07 se programó y 30 minutos indican que no se podrá realizar la cita porque el medico no lo está reprogramando para día 27/07 a 12:00 medio día, por lo cual salgo 12:06 y me indican que no será atendido porque.

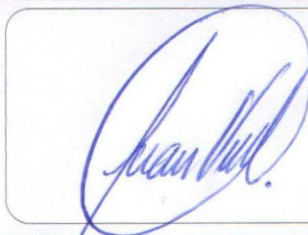
4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)

SI ☒ (X)

NO ()

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

**Analet
Hernandez
15:24 pm**



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD

HOLA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Nº 004885

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: 27 / 07 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Juan Villan Cuscos

DOMICILIO: Jr. Contreras 222 Urb. Santa 222

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

N. DOCUMENTO: 8070308

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

DOMICILIO:

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

N. DOCUMENTO:

3. DETALLE DEL RECLAMO (en caso de no ser usuario, el espacio podrá completarse si lo requiere la ley)

El médico se encuentra en sala de cirujías, no teniendo ningún tiempo de tolerancia para ser atendido; ya que, la senetaria indica que estaba operando y por segunda vez no se tuvo la cita, pese a que aún continúa con los puntos y dolor. Se exige cambio de tiempo de tolerancia y mejora administrativa.

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



Atte.
Juan Villan Cuscos

5. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

RESPONSE DE LA ENTIDAD RECLAMADA EN SALUD