

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

HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Nº 004859

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: 26/07/22

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Josue Samir Garrafa E-MAIL: genovevammannucci@gmail.com
DOMICILIO: Urb. El Pinar Mz C1 lote 1 TELEFONO: 943024477
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 73502059

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


NOMBRE O RAZON SOCIAL: Genoveva Mannucci E-MAIL: genovevammannucci@gmail.com
DOMICILIO: Urb. El Pinar Mz C1 lote 1 TELEFONO: 943024477
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 07231981

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

Siendo las 10:16 am. no encuentre solución a mi hijo Josue Samir por tener area de Covid no pudo ser intervenido en este Hospital perdón en esta Clínica, soy la madre preocupada por mi parte averigüe q en la Clínica Internacional podrían ayudarme considero q no fue feto, esperar tanto tiempo desde las 11pm. que mi hijo del día 25/07/22

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

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



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD