



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

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD**

DOMICILIO:	Av. Carlos izaguirre 153 independencia	Nº 004909	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: William Vallo alex Escabethe MAIL: 2205-077 @ hod mail of Domicilio: Du, wisco M2 A Le 10 U/3 les Dales 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) Sague mi ci la Via telefencia para el consulto fo de tran netal para el día de hoy a has 08: 15 can el Dr. Guerra Me Lenn. Negardo a tiempo lugo de los tragentes repetades y a peser que foi el priner pacarte prograda de la negal de alcadiace helro glime supmio de assibiete, y gli región el no me hebra a para de lugo de mas reclamos su assibiete, y gli región caladrace helro glime supmio de mas reclamos su consultado pla Sarta que ma aladro que que convara de de la consultado para de reclamo Alemano Aleman (Consignado) (MARCAR) SIX NO(1) 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)	FECHA: / /		
DOMICILIO: DU, CUSCO ME A CIR 10 UID LOS DELOS. TELEFONO: 979440471 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (7) DNI (1) CE (1) PASAPORTE (1) RUC Nº 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: (1) DNI (1) CE (1) PASAPORTE (1) RUC Nº DOCUMENTO: 3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja) Sague monica la Vía telefencica para el consultario de traunator para el día de troy a has 08: 15 cen el DV. Guerra Me Lenn. Ilegando a tecupo luego de los traunator se prefere y a peser que fui el princes precente progrando se prego el no me lucho gli me imprino de assistante, x gi región el no me lucho gli me imprino de mes reclamo el región de consultario, que me dela consultario de consultario	1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (PI DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 4458609 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) Sague mocifa Via telefeurca para el consultorfo de trannatologo para el día de hoy a his osi is can el Dr. Guerra Me Leam, llegando a tecupo lugo de los tragas tes repetos y a peser que fri el primer pacante programa se enego de altadiane helho gli me imprimo su assistate, y que regim el mo me helha oppinado lugo de milo recleuros indesce altadiane helho considerado lugo de milo recleuros indesce altadiane per me altadio que frue cemacado de uniquo de milo recleuros con con los con necesarios de uniquo. 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)	NOMBRE O RAZON SOCIAL: William Vallataies Escabethe-MAIL: 0205-077 Chod mail		
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) Saque mi ci la Via telefeura pera el consultario de traunatolo pera el día de koy a has DB: 15 can el Dr. Guerra Me Lenn. llegando a tiempo lugo de los tragantes reprehensado y a peser que foi el priner pecante programado se augo de ata di ace helho gl me impriso de asistate, x gl regim el no me helma oprado lugo de milo reclamos indicado la satura de me con de alacticol que fue contracado de urguar la autorizo notificación Del RESULTADO DEL RECLAMO AJE-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)			
NOMBRE O RAZON SOCIAL: 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 Via telefenica para el consultorio de trannatologo para el Jía de hoy a has obilis can el Dv. Guerra Me Leam. Negando a tiempo luego de los tragatas reprehensada peser que tri el pomer picante programas se nego de atradiane helho glime impriso su asistata, x gli regin el no me helma oprada luejo de mes aristata, x gli regin al satro que me altadrol que fue centra ed so uniquanto de la ciento no el ciento. 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° E	DOCUMENTO: 44538609	
DOMICILIO: 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) Sague mi ci la Via telefenica para el consultorio de travantologo para el día de hoy a has ob: 15 can el Dy. Guerra Me Lenn. Negando a tiempo lugo de los tragates repetros y a peser que toi el priner pecante programa do se nego de atendidade helho gl me rapmio de mes reclamos se nego de el no me helha operado lugo de mes reclamos inestes plasatu que me aladiologie fue centrale do lugico de mes reclamos inestes 1. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AVE-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)	2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)		
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 cità Via telefenica para el consultor so de traunatog para el día de hoy a hss os: is can el Dr. Guerra Me Lenn, llegando a tiempo luego de los tragustris repreficie y a peser que foi el priner picante programado se negos altadiade helio gli me imprisó su asistante, x gli regin el no me hebra oprado, lugo de mes reclamos interco q la sata que me alladio los que que convaçado do urguar la autorizo notificación del resultado del reclamo ADE-MAIL/CONSIGNADO (MARCAR) 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)	NOMBRE O RAZON SOCIAL: E-M	AIL:	
3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja) Sague mi cità Via telefenica para el consultorio de trannatolo para el día de hoy a hss 08: 15 can el Dr. Guerra Me Lenn. Ilegando a tecupo luego de los tragutos repetros y a pescr que tri el priner pecarte progratado se nego d atezdine helio glime infimio di asistente, x gi regin el no me helia operado lugo de milo reclamos interco gla sata que me altadiol que que centracedo de vigues. I. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AJE-MAIL/CONSIGNADO (MARCAR) SIXI NO(1) 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)	DOMICILIO: TEL	EFONO:	
Yalf ga. 22	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO:		
6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO	Yalf of 22 44538609		

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD