

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

HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

Nº 004823

FECHA: 07 / 07 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: CARLOS VARGAS PEREYRA

E-MAIL: cvaras.pereyra@gmail.com

DOMICILIO: Jr. TUNGASUCA 181 - Urb. TURACAMARU

TELEFONO: 947849129

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

Nº DOCUMENTO: 10162244

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: CAROLINA VARGAS DELMAZO

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELEFONO:

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

Nº DOCUMENTO:

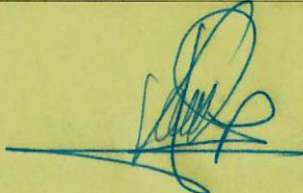
3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)

PESSIMA ATENCION EN EMERGENCIA PEDIATRICA, NO HAY BUENOS DOCTORES QUE EXAMINEN CORRECTAMENTE A MI HIJA MENOR Y ENCUAN LAS MEDICINAS QUE SE RELETAN NO SE ENCUENTRA EN STOCK O NO CUBRE EL SEGURO QUE PAGO MENSUALMENTE 1/300 APPROX - ME RECHUSO A PAGAR LA CONSULTA POR TODO LO ANTES DICHO, SON RETENIDAS LAS QUETAS Y FALTA DE MEDICINA.

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

SI (X) 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