

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004896

FECHA: 11 / 08 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: JOSE ANTONIO MATEZ SALAZAR E-MAIL: jose-ans@yahoo.es
DOMICILIO: gr. Punta Lobos #185 SURCO TELEFONO: 2719185
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (☒) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 41317837

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)

3 Ingreso por emergencia CON DIFICULTAD PARA RESPIRAR
en el topico no logran tomar la presión. (INCAPACIDAD)
4 Demoran en atender, el médico indica sacar placas
y prueba covid-19, no tengo respuesta y mi cuadro
empeora. Me obligan a subir 5 pisos para llenar
el fibro

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

SI ☒ NO ()

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

Gina
10.12 pm.

[Firma]

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD