

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

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

**HOJA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD**

**Nº 004836**

FECHA: **15 / 07 / 2022**

**1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **David Robando Vitate Gerónimo** E-MAIL:

DOMICILIO: **Av. Rep. del Perú 1030 Urb. Huaguitay Comas** TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: **06924598**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Patricia Aldana Vitate Rodriguez** E-MAIL: **vitata.patricia@gmail.com**

DOMICILIO: **Av. Rep. del Perú 1030 Urb. Huaguitay Comas** TELEFONO: **964291483**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: **71122767**

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

Vengo a solicitar la entrega de la Historia Clínica de mi padre que ha fallecido en este establecimiento, con lo documentos respectivos de identificación. Requiere que se me entreguen por el medio posible, sin embargo, la única forma que se indica es imprimir un copia con un precio de 0.60 centimos por hoja, lo que en este caso como se indica recién en Paus es una cantidad de 106 páginas ello resulta en un cobro de 63.60 centimos para que se pueda entregar la historia clínica, ~~pero~~ precio semejante a una consulta u otros servicios de salud. Reclamamos la mala información brindada en Trámites Documentarios y el cobro ~~excesivo~~ por la impresión.

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

SI ☒ NO ( )

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

**Dona  
Para  
5:02 PM**

*[Firma manuscrita]*

**6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO**

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE  
RECLAMACIONES EN SALUD