

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: 11 / 06 / 2022

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004777

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: JOSE LUIS DELGADO BRIONES E-MAIL: ekemc@outlook.com

DOMICILIO: Avenida Revolución Nº 445 Colligue-Comas TELEFONO: 972549041

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (☒) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 40529257

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)

Negligencia Médica, la medicación a casa que manda la Dra. Rosa Ramírez Ramos con CMP 084264 a mi persona; fue la que me causo daños en mi salud, originando una fuerte intoxicación por la ingesta de la pastilla indicada en la receta que me dió dicha doctora. A punto de que este totalmente hinchado, con la alergia y faltandome el aire para respirar, sintiendo que mi garganta se cerraba. Así expuso mi vida con la medicación que dicha doctora me mando a tomar.

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

SI ☒

NO ()

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

Jose Luis Delgado Briones

[Firma manuscrita]

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD