

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: **04 / 08 / 2022**

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004878

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Elena Arenas Villanueva E-MAIL: darling_18@hotmail.com
DOMICILIO: Jirón San Cristóbal #1011 TELEFONO: 940 586 799
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (x) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 31676064

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Diego Bustos Arenas (hijo) E-MAIL: elder.bustos.arenas@gmail.com
DOMICILIO: Av. 22 de agosto #1113 TELEFONO: 940 586 799
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (x) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 45347218

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

Hoy me acérque a terminar mis exámenes previa operación en la que además solicitan el examen de descarte de COVID. Por lo que pregunté el precio, viendome sorprendida por el monto de 100 zds, así es así que decidí hacerme la prueba en otro lugar y llevarlo y presentarlo. Teniendo en cuenta además que no presento ningún síntoma, por lo que exijo mi derecho a realizarme el examen de descarte en cualquier otro lugar autorizado, ya que me obligan que sea en algún centro de MINSA o ESSALUD. Quiero que me indiquen la norma LEGAL donde se EXIJA dicho parámetro que señalan.

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

SI (x) NO ()

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

*Ayuda
Humana
5:00 pm*

Diego Bustos

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD