

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004851

FECHA: **22 / 07 / 22**

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Katari P. Valentino Solano Campos** E-MAIL:

DOMICILIO: **Condominio Alameda Gpases 325 Dpto A203** TELEFONO: **329 1399**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **78182795**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Mayra Vanessa Campos Inga** ^(madre) E-MAIL: **mayra.camposinga23@gmail.com**

DOMICILIO: **Condominio Alameda Gpases 325 Dpto A203** TELEFONO: **963 71951**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **44396614**

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

Las señoras de calidad y personal de emergencia pediátrica no me informaron previamente los pagos que debería realizar, tomaron las pruebas de laboratorio sin conocer yo cuánto debía pagar y lo facturaron. Asimismo pedi como que por ser emergencia no me daban los resultados de la prueba covid hasta en 3 días y que más tarde vi resultados por la web cuando se trataba de un posible caso covid.

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

SI ☒ NO ()

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

Mayra

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD