

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

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

**HOJA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD**

**Nº 004881**

FECHA: 04 / 08 / 22

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Elizabeth González Garmio E-MAIL: elitagonzales@yahoo.com  
DOMICILIO: Condominio Sd de roble block 17 dpto 703 TELEFONO: 977271438  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: 47862989

**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)**

El día 04 Ingrese por emergencia; indique que tenía seguro Eps pacífico, la SITA que me atendió me indicó que me cubriría 100% por lo que procedí a atenderme, al terminar con el alta me indican que debo pagar \$257.69 que el seguro no me cubría nada.  
Es necesario poder especificar correctamente la información para tomar la decisión de atender o no en la clínica.  
El proceso de atención es lento y poco capacitados

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

SI (X) NO ( )

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

Gina  
8.10pm



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

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE  
RECLAMACIONES EN SALUD