



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD**

Nº 004801

FECHA:	28	1	0	6	1	2022

20 100 1 2000	
1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: CATA LINA LUJÁN ATO	E-MAIL:
DOMICILIO:	TELEFONO:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC	№ DOCUMENTO: 49673835
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el u	suario afectado no es necesario su llenado)
NOMBRE O RAZON SOCIAL: Betty Ato Rivera	E-MAIL: luzda cielo 140811@gmail.c
DOMICILIO:	TELEFONO: 995118780
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC	N° DOCUMENTO: 44728366
3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá o	
El día Viernes 24 mi niña paso a problemas de piel en su cara la y la crema que le recetaron en ha expandido por su rostro y us reclamo y no me dan solución. mi reclamo y no me dan solución. y nada 4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGN.	consulta por al lado de la boca) n vez de mejorar se engo aquí a presentar mi hija le ha podido malogra lie me da solución. exidado (MARCAR) SI(X) NO() solución

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

447283.66

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD