

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004804

FECHA: 30 / 06 / 22

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Nicolas Roldan Rans

E-MAIL: concer140140@gmail.com

DOMICILIO: Av. Alvaros M20118-

TELEFONO: 992 967 877

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI (☒) CE () PASAPORTE () RUC

Nº DOCUMENTO: 25857505

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Itale Rans Lora

E-MAIL: concer140140@gmail.com

DOMICILIO: Los Olivos - Alvaros M20118

TELEFONO: 992 967 877

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI (☒) CE () PASAPORTE () RUC

Nº DOCUMENTO: 25857502

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

No me brindaron como siempre la información adecuada, el dr no me pudo atender pues no era especialista (Neurología + pediatría).
A pesar que pregunte al pagar y pregunte durante la entrega del recibo.

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

SI (☒) NO ()

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

Diana Rans
4:56 P.m



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD