



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD**

Nº 004849

FECHA: 21 / 07 / 2022	
1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: TTALO PLATA ARANDA	E-MAIL: italo. plaza @ pucp. edu.
DOMICILIO: Calle MelCHOR CLIMPA 878 - SMP.	TELEFONO: 992946275
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC	N° DOCUMENTO: 73136312
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el u	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 o	continuar al reverso de la hoja)
LLEGUE OL CONSULTORIO, DONDE ESPERE 10 MIN Y ME OU DE MIS SINTOMAS ME COMENTO DUE ME HARGAN VORTI ME A CERDUE HACIÓN UN ENFERMERO PARA PREGUMARLE SI Y COMENTO DUE PRONTO. PASARON 25 MIN Y DUE FUÍA RECEI DE PORQUE NO ME HABÍAN FLETHO NINGÚN ANACÚSIS ON E OUSEL DOCTOR PUSO LA ORDEN DE LOS EXAMENES HACIÓN 7 ANACÚSIS. ENTONCES NI SI OLUERA ME HILLERON ANACÚS GENDAS) Y AÓN AST ME COBRARON 75 JOLES. JIENTO DE GENDAS) Y AÓN AST ME COBRARON 75 JOLES. JIENTO DE	ibs examens. Pasaron 20 mm y n me isan a hacer cos analisis y m pará a bairel a la sentreita all m
4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGN	
5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LE	GITIMADO)
Faloren Matazar	

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD