



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: 9,1 106 12022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD

Nº 004792

NOMBRE O RAZON SOCIAL: MANIA TERESA BRIOZZO PEREY	aE-MAIL: tbrio-220 aucss.edu. pe
DOMICILIO: Parque Fatina 420 - Santoan CHarrillas	TELEFONO: 997 471083
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI CE () PASAPORTE () RUC	N° DOCUMENTO: 000367365

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: ANGÉLICA MANITZA CHÁVEZ PADO E-MAIL: OLOLOUZO VCSS, Odo, pe DOMICILIO: Prolongación arexales 696 - MIANFLOES TELEFONO: 9975) 4306.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Y) DNI () CE () PASAPORTE () RUC Nº DOCUMENTO: 09140700.

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

la afectada Teura Buozzo, Ingueso a Euregencia de la llinica 11:15. Aon las 17:18. y mo ha recibido la aterición mecesaria por la biguicia seguenda. A la Jedra y hora no se sake si Termenará el servicio,

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

SI(X) NO()

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

Jaga wen

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD