

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

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

Nº 004791

FECHA: 19/06/2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: BETTINA SANCHEZ SILVA E-MAIL: _____
DOMICILIO: AV. LAS ALHENDRAS 323 DPTO 202 TELEFONO: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI (X) CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 07729917

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

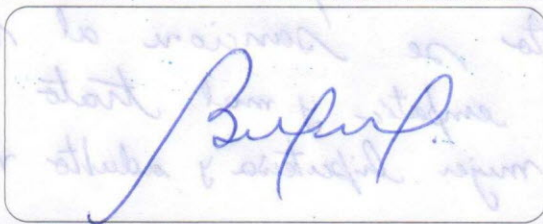
NOMBRE O RAZON SOCIAL: BETTINA SALDAÑA SANCHEZ E-MAIL: bettinasst@gmail.com
DOMICILIO: AV. LAS ALHENDRAS 323 DPTO 201 TELEFONO: 946213993
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI (X) CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 42395054

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

DESDE que he llegado a la sala de emergencias ha habido una demora en la atención a mi madre. La paciente llega 1:30 pm. y se nos indica que no la atienden de inmediato porque no hay doctores, tampoco se encontraba la persona de triage para que la evalúe inicialmente. Siendo una emergencia recién pago la atención a las 1:50 pm que me confirman que hay dr. para atender a mi mamá. Demora en que la vea

4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (X) NO ()

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

Katty
03/06/2022


6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD

**HOLA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

NO 004793

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

19/02/2022

FECHA

IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO BENEFICIARIO

E-MAIL:

Bettina Sánchez Silva

TELÉFONO:

Ar. Las Américas 823 Dto 202

Nº DOCUMENTO: **07529917**

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

IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (en caso de que el usuario o tercero no sea beneficiario su llamado)

E-MAIL:

Bettina Sánchez Silva

TELÉFONO:

Ar. Las Américas 823 Dto 202

Nº DOCUMENTO: **45392024**

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

DETALLE DEL RECLAMO (se debe indicar el área de atención y el tipo de problema que se está reclamando)

Después que pasa por triage también demora en que la vea el médico de emergencia y para que la vea el cirujano más tiempo aún, a pesar que no había mucha gente en emergencia y pude ver a los médicos y enfermeras conversando entre ellos en lugar de prestar atención a los pacientes.

También solicito se sancione al médico cirujano por falta de empatía y mal trato al evaluar a mi madre una mujer hipotensa y adulto mayor.

SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

RECLAMANTE

DETALLE DE LA SOLUCIÓN