

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

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

**HOJA DE RECLAMACIÓN**  
**EN SALUD**

**Nº 004809**

FECHA: **01 / 07 / 2022**

**1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Infante Valencia Yanina Surdes** E-MAIL: **Juan Carlos Posso@hotmail.com**

DOMICILIO: **Jiron 10 de Junio Mz G LT25 C** TELEFONO: **945422114**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ( ☒ ) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: **42091674**

**2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el 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 continuar al reverso de la hoja)**

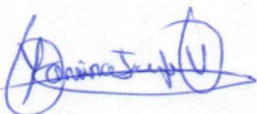
Ingrese el 26 de junio a las 7 de la noche a J- me querian poner los medicamentos sin ver las ordenes del medico como la ceftriaxona 6am. y el otro 9am  
2o me sacaron el uroten dicen que tengo 3m en el papo sale 5.3 sin contraste  
3o me sacaron otro uroten dicen que tengo la piedra en el otro riñon 4o en el derecho  
Sino en el izquierdo Tengo los resultados y no esta claro  
5o me sacaron un urocultivo el 26 de junio que duraba 3 dias hoy es 1 de julio  
Se les perdio y no hay resultado por eso pido mi alta voluntaria  
5 4o me ponian los medicamentos a tiempo pasaba 4 horas y me siento mal

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

SI ( ☒ ) NO ( )

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

**Katty**  
**05:37PM**



**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 004809

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: 01 / 01 / 2025

NOMBRE O RAZON SOCIAL: *Yolanda Guzmán* E-MAIL: *Yolanda.guzman@norte.com*

TELEFONO: *995 551 111*

6- *Uo como 5 días la comida es pesima como  
pure de papa pure de alluco mazamorra de gelatina  
Sopa fria y con adensos*

7- *el agua llega a las 9 de la mañana*

8- *lo que la doctora ordena no cumplen  
las enfermeras y los licenciados se  
confunden de medicamentos y te pomen  
despues de 4 horas de tanta insistencia*

*Uo tengo el resultado de mi urocultivo  
que me sacaron el 26 yo esperaba ese  
resultado para mi alta se perdio el urocultivo  
y nose que bacteria esta en mi cuerpo  
Sigo con fiebre dolor de cuerpo por eso  
pido mi alta voluntaria para ir  
a otro centro de salud.*

SI (X) NO ( )

FIRMA DEL RECLAMANTE (GUARDAR, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)

*[Firma]*

*Kathy  
02:39pm*

SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

RESPONSABLE DEL BRO DE  
RECLAMACIONES EN SALUD

RECLAMANTE

DETALLE DE LA SOLUCION