

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: **07 / 08 / 2022**

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004888

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Alexandrina Valenzuela Pajardo**

E-MAIL:

DOMICILIO: **calle 2 vrb. Carabayllo 276**

TELEFONO: **965629671**

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

Nº DOCUMENTO:

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Francis Gouze Valenzuela**

E-MAIL:

(Hija) - francisgouze@hotmail.com

DOMICILIO: **calle 2 vrb. Carabayllo 276**

TELEFONO: **965629671**

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

Nº DOCUMENTO: **06907768**

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

MI Señora Madre, tiene plan Familiar, cuando consulto al personal de Admisión de Emergencia y la oficina PAUS a la gerente Angelita Huamán, no saben para que se le ingresen datos de la pte y N° de DNI que tipo de plan tiene y que le cobren mi Señora madre cuando llega a Emergencia donde le identifican COVID 19(+) y le cobran la atención así como medicamentos.

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

SI ☒ (X)

NO ()

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

Angelita Huamán
11:40 am

Francis Valenzuela

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD