



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD

Nº 004863

FECHA: 27+07 17022-	ole M. Frank
1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO	Thanke
NOMBRE O RAZON SOCIAL: Teres a Usbisagasteg	BMAIL: Tensa_ whisagasteri
DOMICILIO: Palle 7 MZ OLF 20-Como	TELEFONO: 997673306 @ Yahoo
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC	N° DOCUMENTO: 09505808
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usu	ario afectado no es necesario su llenado)
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	-MAILTerna_urbisagas tegui
DOMICILIO:	Cyahoo. es.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC	N° DOCUMENTO:
DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja) El Jia de hoy Mieno (is 26/07, fue cita da par un Errann de Manue grafica, a las gam espare 30 muntos y no llego la hic acorgo y ha dira Gora na des - no me commicaro y de la y ha dira Gora na des - no me commicaro y de la dunora has ta que pregunte, El examen Selvizo 1 hore 4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI(X) NO()) YISM 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO) Des puls 1. Tell. 1. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO	

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

Esta elmica esige al pacinte Megar Thempromo pero ud No um plen ho que exignes? Reclana se Repare la pudeda de Mi Fiempo. -Con una consulta ginecologies pagada. -O in Forme medies evando lo Solicite. No es la 1ra vy, estoy consade de perder Tumps en ce Fas medicas - examends. Espero una Solvaion y Deparo o lo expoesto Para Me Manue Comun de Manue gra Coppel Sa of the dies to ma made - no me column comy de la renon haster que prequite, El erapen de hizothan