



RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

CLINICA JESUS DEL NORTE S.A.C HOJA DE RECLAMACIÓN R.U.C 20517738701 **EN SALUD** Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia Nº 004905 FECHA: 16 1 08 12022 1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO ORLONDO AGUINNE How E-MAIL: Orlandoaguinrehegmail. NOMBRE O RAZON SOCIAL: TELEFONO: UR SON PEDRO 276 KM 12 coros 986813724 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 4/84234J 2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado) NOMBRE O RAZON SOCIAL: F-MAIL: DOMICILIO: TELEFONO: DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC ${\sf N}^\circ$ DOCUMENTO: 3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja) Solicito DE MONERO FÍSICO WAL FUE EL CRITERIO QUE EL DR. NOVO ME INDICO QUE DERIVARIAN A HOSPITALIZACIÓN PERO EL DR MESSA TERTINO ENVIANDOONE A UCT. ADETAS DE NO ESTAR CONFORTE CON LO INFORMACIÓN BRIPDADA, PUES NUNCO ME ENTERE QUE MI SEGURO RIMAC NO CUBRIO HOSPITOUZDCION. RECIEN ME ENTERE DE TODO EN PISO CUANDO MIS FAMILIARES PUDIEMON INGRESAR. NO TENGO LO MANERO DE COMO DEVOLVER EL D'INERO GASTARO a mis Familianes. 4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (X) 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO) 6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

RECLAMANTE

DETALLE DE LA SOLUCION