

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004906

FECHA: 20 / 08 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Miguel Angel Leon Maza

E-MAIL: m_leonmaza@hotmail.com

DOMICILIO: cl las Flores 191

TELEFONO: 953261474

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

Nº DOCUMENTO: 42554867

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

Nº DOCUMENTO:

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

INGRESO POR EMERGENCIA CON UN DOLOR DE HOMBRO ME
ATENDIEN Y A FINALIZA LA ALTA, ME INDICAR QUE ES
UNO URGENCIA Y TENGO QUE PAGAR TODOS LA ATENCION.
SOLICITO EL REEMBOLSO DEL DINERO Y LA ATENCION DE MI CASO.
(REALIZO PAGO DE CONSULTA DE EMERGENCIA Y PAGO DEL TRAUMATOLOGO)

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
01.19.2022

[Firma manuscrita]

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD