



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD**

Nº 004832

FECHA: 14 107 12022	
1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: TOHNNY GONTHE	TELEFONO: 988524097
DOMICILIO: DE OUVOS	TELEFONO: 9885240 97
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () CE () PASAPORTE () RUC	N° DOCUMENTO: 0863513-9
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el u	suario 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) EL DIA 14/07/22 FUI AL 4 TO PEN CITA EN TRADUNATO LOGIA, EL PENS DE VENTANILLA NO DE INFORMACIÓN CONNECTA NO CONOCIA EL PROCEDINICIONO, EL HUNDARON A AUTONIZACIÓN Y TAMPOCO CONDUS EL TRANTÉ DEL SAP, LUESO 40 MINUTOS ME COMUNICO QUE PARO ATENDAME TENIA QUE PARO 48 HORAS PARA PROCEDIMIENTOS CLANDS, I DENTIF DIENCION POR LO QUE PENDÍ MI CITA. NO HAY PROCEDIMIENTOS CLANDS, I DENTIF DIENCION ROR LO QUE PENDÍ MI CITA. NO HAY PROCEDIMIENTOS CLANDS, I DENTIF DIENCION NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SIN NO() 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)	
6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO	

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD