

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Nº 004912

FECHA: 25 / 08 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Edith Malpartida Farfán E-MAIL: edithmalpartida25@gmail.com
DOMICILIO: Av. Santa Rosa 7143-145 Urb. Propósito TELEFONO: 997268668
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 08666876

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 N° DOCUMENTO: _____

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

Que, el día 10/08/22 me atiende la Dra. Ancazi Tulea Rimela de alergia e inmunología ordina examen de procedimiento, desparasito prueba cutánea para alergia (adjunto), me comunico por teléfono con dicha doctora (así fue la coordinación) que tenía que llamar a su número celular por coordinar que el día viernes 26/08/22 realizaría el procedimiento; de los cuales recibo un mensaje de whatsapp en el cual dice: "Me consultado con auditoría médica al respecto y me dice que no procede"; siendo que tengo la orden médica, procedimiento cancelado

4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI ☒ NO ☐

según boleta B029 - 01 047274. Se le otorga atención inmediata porque

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

manifiesto mi salud, cada día que voy de realizar la prueba - Diagnóstico
Empresarial Mixta del Tejido conativo.

Kathy
12:55 PM

Edith Malpartida
08666876

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD