



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD**

Nº 004789

FECHA: 17/1 06/2021	
1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: Syntia Kely Dalgad	Senau E-MAIL: Syntiatelly 60 maila
DOMICILIO D. Costanga 150, San Migu	of TELEFONO: 941381387
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () CE () PASAPORTE	() RUC N° DOCUMENTO: 44556-) (4
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En cas	de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	E-MAIL Syntiakelle be grant on.
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 die 09/16/2022 acudi a colocarre un holter pro order dei servició de la dididogra, no obstante el dio de hay 17/106/2022 no me lepider el resultedo pre no acuntreuse firmedo prel nedico, no distributable presente de variables de y hose posedos rearchicais prel servició de Obrecchia de la cadolação, el dio do ayor en el arrico el energíació de Obrecchia per ne he untreado prel prode electrohisdos por dio de hay prolo sur me uso la resultado prel prode electrohisdos por dio de hay prolo sur me uso las resultados no objeto electrohisdos por dio de hay prolo sur me uso las resultados no objeto electrohisdos por dio de hay prolo sur me uso las resultados no objeto electrohisdos por dio de de hay prolo sur me uso las resultados no objeto electrohisdos por dio de de hay prolo sur me uso las resultados no objeto electrohisdos por electrohisdos no objeto electrohisdos por electrohisdos de urrencio, no he formaciono sobre electrohisdos no notificación del RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SILO NO()	
5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)	
melte minis an.	
6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO	
DETALLE DE LA SOLUCION	RECLAMANTE RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD