

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

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

Nº 004767

FECHA: 05 / Junio / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Miguel Eduardo Pontillo la Barrera E-MAIL: (esposa)
DOMICILIO: Av. Los Sazmines del varanjal TELEFONO: 987 611 165
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 4310 4374

2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Jaromi Placido Rivera E-MAIL: Jaromi.Placido@hotmail
DOMICILIO: Av. Los Sazmines del varanjal #32A TELEFONO: 941541859
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (x) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 7714 644

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

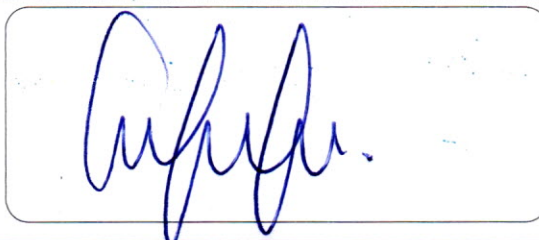
Me paciente ingreso a las 10:29 pm. Siendo 11:50 pm no a recibido ninguna atención medica quedandome a las 30:00 min. Ningon personal me brindando la atención medica teniendo registro fotografico de los doctores en el telefono (wsp) y habiendo sido 2 pacientes ante diel.

4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)

SI (x) NO ()

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

Gina.
11:52 pm.



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD