



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

15 106 122

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD**

Nº 004785

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO
NOMBRE O RAZON SOCIAL: CALEB QUINTANILLA DIESTEMAIL: faby 420_12hothail.com
DOMICILIO: JR RIODE JANEIRO 181 COMAS TELEFONO: 940299145
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 43928+44
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)
NOMBRE O RAZON SOCIAL: FABIOLA DIESTRA E-MAIL:
DOMICILIO: JR RIO DE TANEIRO 181. COMAJ TELEFONO: 940299145
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)
- INCONGRUENCIA EN DIAGNOSTICO ORAC Y ESURIT MI HIJO CON ONI 79930631, PUE ATENDI DO CON FIEBRE 38.5, navien, dolor de cabeza y mareor. ME DIJERON AC INICO. EMERGENC PERO AL FINAL EN CAJA URGENCIA. MALA ATENCIÓN, NOS HICIERON ESPERAY Y ME (OBRARON SAN HAM

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

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

Songr En

Celulary

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD