

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: **03 / 08 / 2022**

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004877

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Maribel Cristina De La Cruz Fernandez** E-MAIL:

DOMICILIO: **AV. Alfredo Mendiolaza #8067 Urb Pro Los Olivos** TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **10684458**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Olden Rojas De La Cruz** E-MAIL: **Ulatinoamericana@gmail.com**

DOMICILIO: **AV. Alfredo Mendiolaza #8067 Urb Pro Los Olivos** TELEFONO: **999678337**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **48176654**

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

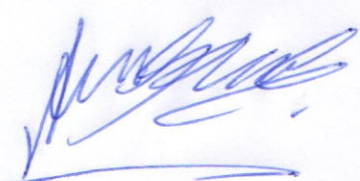
Hago mi reclamo contra la medica Diana Vallejos Polido por mala atencion, ya que me atendio a mi familiar desde afuera del Topico a medio metro de la puerta del Topico 2 Enfermeras fueron Testigas del hecho ademas me tiro la hoja de los rayos X. por ende Tuve que solicitar otro medico el doctor Joel Llerena Flores.

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

SI ☒ NO ()

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

Asela
3.36 am



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD