



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

7710712022

DETALLE DE LA SOLUCION

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD** 

Nº 004866

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: GLOWA VILD DUBBLIN HORENS	E-MAIL: Glinamc 2002 Offet moul
DOMICILIO: Calle DOS 266 W. CARDGOYLLS CONOS	TELEFONO: 94 180 1000
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC	
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:
Juve la Consulta Virtual Con el Endolninopolo Der VI llenay no guiza derne la reveta de medicamenta por SHES que es el tratamiento que tenjo propre son Diabetla e Hi poti roidismo, peros sue des de el atro pero do me ha stado recetando x 3 Mesos adujo que la Chinica de ha ordenado que solo so per I mos mi cra Afegeralo Fimac si Cenfirmo que puede valido la renta x 3 Mesos adojo que solo si per 1 mos mi cra Afegeralo Fimac si Cenfirmo que puede valido la renta x 3 Mesos adojo que solo si confirmo que puede valido la renta x 3 Mesos adojo que solo si confirmo que puede valido la renta x 3 Mesos adojo que solo si confirma que puede valido de reclamo al E-Mail consignado (MARCAR) SI(X) NO()	
5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)	
G. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO	

RECLAMANTE