



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD**

NO 004769

	14. An 4100
FECHA: 04 1 06 1 2002.	
1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: Smays Sparge Mallele	E-MAIL: mallelo ameyo Ogmini
DOMICILIO:	TELEFONO: 943569868.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () CE () PASAPORTE () RUC	N° DOCUMENTO: 44802141
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el us	suario afectado no es necesario su llenado)
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	E-MAIL:
DOMICILIO: .	TELEFONO:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC	N° DOCUMENTO:
3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá c	ontinuar al reverso de la hoja)
Je demore en la atención del sepelico (Meurolog) con más de 30 minutos de alcoso, la secretario del peso solo enolico que tendua demora de 10 minutos al solo enolico que tendua enolicando que en 10 minutos poser ese liempo seguia enolicando que en 10 minutos poson mas de 30 minutos y somos llega el dactor posonon mas de 30 minutos y somos llega el dactor falto de respeta a los pocientes	
	4
5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)	
200 ser	

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD