

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

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

Nº 004770

FECHA: 06 / 06 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Andres Gilberto Martinez Benos

E-MAIL:

ronnyea@gmail.com

DOMICILIO:

Jr. Benjamin Quiroga 531

TELEFONO:

917203061

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC

Nº DOCUMENTO:

49031973

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

Ronny Alouzo

E-MAIL:

ronnyea@gmail.com

DOMICILIO:

Jr. Benjamin Quiroga 531

TELEFONO:

917203061

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE ☒ PASAPORTE () RUC

Nº DOCUMENTO:

13329853

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

No Sirven Uno (Mizola) No manejan la misma información el Personal Administrativo Basean a los Pacientes, Dicen un Presupuesto y Al final dicen otro. No Respetan el Derecho de obtener el Documento de Identidad del Paciente. No saben donde esta el DNI Basean al familiar y por ende son Groseros Al Brindar el

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

SI ☒ NO ()

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

Gabriela
06.06.22
11:48 PM

[Firma]

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD