

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: 19 / 7 / 2017

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004844

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

MARLENI GILBERTO DIAZ

E-MAIL:

5SALCEDO5@gmail.com

DOMICILIO:

JL. AYABACA 476 - LIMA

TELEFONO:

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

Nº DOCUMENTO:

46995541

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

Dante Diego Salcedo Chillo

E-MAIL:

5SALCEDO5@gmail.com

DOMICILIO:

JL. AYABACA 476 - LIMA

TELEFONO:

966346255

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

Nº DOCUMENTO:

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

EL DIA JUEVES MI MADRE MARLENI INGRESO A EMERGENCIA POR UN ATROPELLO EN LA PIERNA IZQUIERDA, EL DOCTOR RODRIGUEZ RODRIGUEZ CARLOS CND: 75155, LE SACO TOS RAYOS X Y NO ME MOSTRO LAS PLACAS YO AUNQUE SABEN SITUABA FRACTURA Y EL DOCTOR DITO QUE SOLO ES GOLPE. REGRESE A EMERGENCIA POR QUE MI MADRE LE DOLIA MUCHO Y NO PODIA CAMINAR Y LE DIAGNOSTICARON FRACTURA HASTA ME MOSTRARON LA PLACA. NEGLIGENCIA Y MAL TRATO DEL DIA 14

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

SI (X)

NO ()

DOCTOR NO ATEN DIO CORRECTAMENTE

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

Angeles
Hernandez
6:50 am



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD