

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004856

FECHA: 25 / 07 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Diego Esquivel Reyes

E-MAIL:

DOMICILIO: Calle Pablo Verlaine Mz U lote 23 S.M.P 956 280 621

TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 75204101

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Jorge Esquivel Reyes (Padre)

E-MAIL: dresquivelconsultas@gmail.com

DOMICILIO: Calle Pablo Verlaine Mz U lote 23 S.M.P 999 774 536

TELEFONO:

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

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

el Sábado 23/07/22 Ingrese por emergencia, me informaron que mi hijo se operaría el Lunes 25 por que Gestionaron la carta de Garantía a primera hora de la mañana resulta que cuando acudí a la 5:00pm aproximadamente no habían gestionado nada, incluso no encontré a todo el Personal de Admisión hospitalaria, a día la plataforma de atención al Usuario y Verifico dicha situación sigue

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

SI ☒ NO ()

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

Y procedieron a tramitarlo recién después de los 6:00 pm lo que me perjudica económicamente y moralmente el retraso. innecesario tratándose de una clínica.

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD