

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

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

**HOJA DE RECLAMACIÓN**  
**EN SALUD**

**Nº 004793**

FECHA: **22 / Julio 2022**

**1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Gael Llanos Valverde** (paciente)  
E-MAIL: **EVALVERDE@UCV.EDU.PE**  
DOMICILIO: **Sr. Godofredo Garcia G16**  
TELEFONO: **955756471**  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC  
Nº DOCUMENTO: **91928587**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Veronica VALVERDE** (mama)  
E-MAIL: **EVALVERDE@UCV.EDU**  
DOMICILIO: **Sr. Godofredo Garcia G16**  
TELEFONO: **955756471**  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ( ) DNI ( ☒ ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC  
Nº DOCUMENTO: **44041484**

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

**al llegar de emergencia debido que mi menor hijo estaba ardiendo en fiebre, (con la pistola de medir su temperatura salio 37.5) cuando se acerca la doctora le comunico que mi hijo vomita los medicamentos y ardiendo**

**4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)** SI ( ☒ ) NO ( )

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

**Gabriel**  
**9:10 pm**  
**22/06/22**

**Veronica VM**

**6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO**

**DETALLE DE LA SOLUCION**

**RECLAMANTE**

**RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD**



HOLA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD

**NO. 001783**

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

25 Julio 2022

IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Gael Llanos Valverde  
DOMICILIO: 2a. Bobadilla Garcia C/A  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC  
N. DOCUMENTO: 91928284  
TELEFONO: 92232431  
E-MAIL: UCA.EDU.BR

IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario, debe ser el mismo que el usuario en el formulario)

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Vivian Valverde  
DOMICILIO: 2a. Bobadilla Garcia C/A  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC  
N. DOCUMENTO: 91928284  
TELEFONO: 92232431  
E-MAIL: UCA.EDU.BR

de caso omiso, le Receto medicamentos que  
(no tole mi nena Hijo y Pido mi nena,  
y le Vuelven a medir la Temperatura ni Hijo  
Tenia 38 y esperando Hasta las 9:07 prosigo  
a retroarme con mi nena y con fiebre por la  
falta de atencion Pesima, desagradable Tanto  
Hora de espera por nada.

*[Firma]*

25/07/22  
Edo 01:00  
25/07/22

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

RESPONSABLE DE LIBRO DE  
RECLAMACIONES EN SALUD

RECLAMANTE

DETALLE DE LA SOLUCION

[Empty box for signature]

[Empty box for signature]

[Empty box for solution details]