



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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN **EN SALUD** 

Nº 004813

FECHA: 02 / 07 / 22	
1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: Katherna	Guren Web E-MAIL: Veroniccedite 14 Ohotma
DOMICILIO: Ralle Pariel Hemandez #243-600 TELEFONO: 956 47252	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ( ) DNI (★) CE (	
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario 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 continuar al reverso de la hoja)	
3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)  The about a las 5:30 per peuc la sepacialidad du optalmologia par citenuón con el la Opeda Galvan y me dirio para que me emidan co Vista (Previo pap), me o Provio Seu represe al terminar, pero a termineir Vista (Previo pap), me o Provio Seu represe al terminar, pero a termineir Vista (Previo pap), me o Provio Seu represe al terminar, pero a termineir Lesego de aproximadament. 20 min, me hicreron espenar 1:30 hrs actiona a pisar au hobis hedro irrapite a la suretaria du fui el doctor a pisar au hobis hedro irrapite a la suretaria du fui el doctor Provio fui papa el dortor me dyo al tinal, es duer la consulta me farao a horas caprox.	
4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL	RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (×) NO ( )
5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)	
Liz Astite 7:37pm	Hythe and the second of the se
6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TR	RATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD