



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

HOJA DE RECLAMACIÓN	
EN SALUD	

Av. Carlos izaguirre 153 independencia	Nº 004778	
FECHA: 1 06 / 2022		
1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO		
NOMBRE O RAZON SOCIAL: Linda Yessebel Franco Bernabel	E-MAIL: linda.fb 1995@gmail.com	
DOMICILIO: Ecop. Virgen del Rosario Mz D Lt 22 Los Olivos	TELEFONO: 910894416	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (x) DNI () CE () PASAPORTE () RUC	N° DOCUMENTO: 71858094	
2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usu	uario 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 con El día de hoy Sabado in/06/22 ingrese por En intoxicación indicando desde un principio que el Sinte por adormecimiento de todo el cuerpo a su vez gestante, al darme de alta la Sita do Caya me de manera particular una ecografía que me realizan la habitación me preguntaron y me atendiero me cobiaron por la atención de ambos Quando de medicina muy aparte de ello tuve que esperas mas a 4. AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO. 5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGIO.) A MARCO DE LA MANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGIO.)	nergencia debio a una oma que presentaba era indique que era paciente indico que tenia que pagar zoron por orden del Ginecologo. n 2 Medicos al finalizar o jo ingrese por Emergencia de 40 minutos en el wal no medieron solucia do (MARCAR) SI() NO()	
6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO		
DETALLE DE LA SOLUCION RECLAN	MANTE RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD	