

DIA	MES	AÑO	HORA			HOJA DE RECLAMACION EN SALUD VIRTUAL	
17	03	2022	09	43	AM	00007634 - N° LR-2022-00011	

1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO (PACIENTE AFECTADO)

NOMBRES Y APELLIDOS:

MONICA MARISOL GUTIERREZ PIMENTEL

DOMICILIO:

JR SANTA ROSA 681

DISTRITO:

COMAS

TELEF./CEL.:

946538404

E-MAIL:

melissa_sedano@hotmail.com

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DNI: (X) CE: () PASAPORTE: () N° 09459466

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

DOMICILIO:

DISTRITO:

TELEF./CEL.:

E-MAIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DNI: () CE: () PASAPORTE: () N°

3. DATOS DEL RECLAMO

TIPO DE USUARIO:

SIS

FECHA DE OCURENCIA:

17/03/2022

DERECHO EN SALUD AFECTADO:

Acceso a los Servicios de Salud

CAUSA ESPECIFICA DEL RECLAMO:

Demorar en el otorgamiento de citas o en la atención para la consulta externa

DETALLE DEL RECLAMO

El día 02/03/2022 obtuve un accidente entre por emergencia me caí de cabeza me hicieron 6 puntos en la cabeza, necesito que acepte mi referencia con neurocirugía en el hospital collique y hasta el momento no lo aceptan , sufro de mareos, me tiembla las piernas y me duele la cabeza. Por favor

4. AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO Si (X) No ()

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

FIRMA

(HUELLA DIGITAL)