

|     |     |      |      |    |    |                                      |  |
|-----|-----|------|------|----|----|--------------------------------------|--|
| DIA | MES | AÑO  | HORA |    |    | HOJA DE RECLAMACION EN SALUD VIRTUAL |  |
| 09  | 03  | 2022 | 00   | 31 | AM | 00007634 - N° LR-2022-00009          |  |

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

NOMBRES Y APELLIDOS:

FERNANDO TEOFIL0 EUGENIO GUTIERREZ

DOMICILIO:

JR COLMENA 1002 PJ LA LIBERTAD DISTRITO DE COMAS

DISTRITO:

COMAS

TELEF./CEL.:

947354705

E-MAIL:

siempre--fernando@hotmail.com

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DNI: (X) CE: () PASAPORTE: () N° 80275575

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

FERNANDO TEOFIL0 EUGENIO GUTIERREZ

DOMICILIO:

JR. COLMENA 1002 PJ LA LIBERTAD DISTRITO DE COMAS

DISTRITO:

COMAS

TELEF./CEL.:

947354705

E-MAIL:

siempre--fernando@hotmail.com

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DNI: (X) CE: () PASAPORTE: () RUC: () N° 80275575

3. DATOS DEL RECLAMO

TIPO DE USUARIO:

SIS

FECHA DE OCURRENCIA:

09/03/2022

DERECHO EN SALUD AFECTADO:

Atención y Recuperación de la Salud

CAUSA ESPECIFICA DEL RECLAMO:

No brindar el procedimiento médico ó quirúrgico adecuado

DETALLE DEL RECLAMO

Médico jefe no da la atención debida y su actuar anti ético es de lo peor con la paciente de nombre Eugenio utia Verónica Edith que tiene fractura con los exámenes ya correspondientes la tiene en observación sin proceder a hospitalizarle solicito una investigación al médico jefe de turno 09 de marzo del 2022 solicitando su investigación

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)