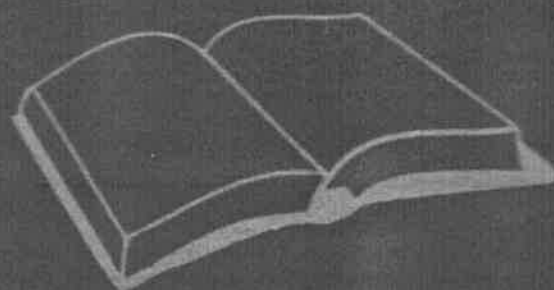


**RED INTEGRADA
DE SALUD
SAN IGNACIO
C.S. SAN IGNACIO**

**LIBRO DE RECLAMACIONES
EN SALUD**



HOJA DE RECLAMACIONES EN SALUD



PUESTO DE SALUD – MIRAFLORES		HOJA DE RECLAMACION EN SALUD N° 00004267 - 0000000001
AVENIDA AV. ABELARDO QUIÑONES S/N NÚMERO S/N DISTRITO SAN IGNACIO PROVINCIA SAN IGNACIO DEPARTAMENTO CAJAMARCA		
FECHA: / /		
1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO		
Nombre o Razón Social:		E-Mail:
Domicilio:		Teléfono:
Documento de Identidad: () DNI () CE () Pasaporte () RUC		N° Documento:
Tipo de Seguro: SIS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique.....		Particular <input type="checkbox"/>
2. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario no es necesario el llenado)		
Nombre o Razón Social:		E-Mail:
Domicilio:		Teléfono:
Documento de Identidad: () DNI () CE () Pasaporte () RUC		N° Documento:
Tipo de Seguro del paciente: SIS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique.....		Particular <input type="checkbox"/>
3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)		
4. AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO A E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)		SI () NO ()
5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)		
FIRMA O HUELLA DIGITAL EN CASO DE SER PERSONA ILETRADA	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> (FIRMA)	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> (HUELLA DIGITAL)
6. SOLUCIÓN DE SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO		
DETALLE DE LA SOLUCIÓN	RECLAMANTE	RESPONSABLE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 70px; margin: 0 auto;"></div> {DETALLAR}	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 70px; margin: 0 auto;"></div> (FIRMA O HUELLA DIGITAL EN CASO DE SER PERSONA ILETRADA)	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 70px; margin: 0 auto;"></div> (FIRMA DEL RESPONSABLE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD)
Las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS deben atender el reclamo en un plazo de 30 días hábiles. *Estimado usuario: Usted puede presentar su queja ante SUSALUD cuando no le hayan brindado un servicio, prestación o cobertura solicitada, o recibida de las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS públicas, privadas o mixtas. También ante la negativa de atención de su reclamo, irregularidad en su tramitación o disconformidad con el resultado del mismo.*		

3 hojas: 1 original y 2 Autocopiable (1ª. Usuario - Color Blanco, 2ª. EESS - Color Rosado, 3ª. SUSALUD – Color amarillo)