

Tipo de Informe

Programación de cirugía o tratamiento médico



Reembolso

**Instrucciones**

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos del Paciente

Apellido paterno:

PEREZ

Apellido materno:

PEREZ

Nombre(s):

LARISA

Edad: 16

Sexo:

M ☐F ☒

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):

28/09/2005

No. de Póliza:

6836204

Ocupación: ESTUDIANTE

Tipo de Reclamación

Accidentes Personales Escolar



Accidente Personal



Referido por otro médico o unidad

Sí ☒No ☐

¿Cuál?

ALEJANDOR GARCIA PULIDO

Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio

NIEGA ALERGICOS, TRANSFUSIONALES, CRONICO DEGENERATIVOS

Antecedentes gineco-obstétricos

MENARCA A LOS 12 AÑOS

CICLOS REGULARES

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: 11.11.21

Antecedentes personales no patológicos

OCUPACION: ESTUDIANTE

ALIMENTACIÓN ADECUADA EN CANTIDAD Y CALIDAD

Antecedentes perinatales

INTERROGADOS Y NEGADOS

Antecedentes Patológicos TraumáticosRodilla ☐Tobillo ☐Columna ☐Fracturas ☐

Otros (especificar):

Diagnósticos, tratamiento y fechas:

Padecimiento Actual

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA):

20/07/2021

Fecha de primera consulta (DD/MM/AAAA):

23/11/2021

Fecha de diagnóstico (DD/MM/AAAA):

23/11/2021

Principales signos y síntomas:

DOLOR EN LA REGION INTERGLUTEA CON SALIDA DE MATERIAL PURULENTO

No. de consultas auxiliares subsecuentes:

Fecha primeros estudios (DD/MM/AAAA):

22/11/2021

Código CIE-10:

Descripción del diagnóstico

ENFERMEDAD PILONIDAL

Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica:

ABLACION LASER DE MATRIZ PILONIDAL

Fecha de IQ (DD/MM/AAAA):

Diagnóstico Postoperatorio

¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el Diagnóstico? (anexar estudios y resultados):

ULTRASONIDO DE LA REGIÓN SACRA

Evolución del padecimiento

1-30 Días ☐

1-3 Meses ☐

3-6 Meses ☒

1-2 Años ☐

Más de 2 años ☐

Tipo de padecimiento

Congénito ☐

Agudo ☐

Crónico ☐

Adquirido ☒

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

Sí ☐

No ☒

¿Cuál?

Resultado de la exploración física y de los estudios (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla 160 cm

Peso 61 kg

T/A 100/60 mm/Hg

FC: 70 x'

FR: 19 x'

T 36° C

Tratamiento

Código CPT4

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA):

Médicos que participaron:

Duración del tratamiento:

¿Hubo complicaciones?

Sí ☐

No ☐

Descripción de las complicaciones:

En caso de pérdidas orgánicas, especificar:

Programación de cirugía

¿Tiene convenio con la Aseguradora?

Sí ☐

No ☒

Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio:

Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más y al Asegurado

Sí ☒

No ☐

Si la respuesta fue negativa, favor de indicar presupuesto:

Cirujano

\$

Anestesiólogo

\$

Ayudante

\$

Otros médicos

\$

Fecha exacta de la cirugía (DD/MM/AAAA):

01/12/2021

Hospital en que se realizará:

STAR MEDICA QUERETARO

En caso de Indemnización Diaria, indique fecha de inicio y terminación de Incapacidad y días de Incapacidad:

Inicio (DD/MM/AAAA):

Terminación (DD/MM/AAAA):

Días:

¿Existe algún antecedente Personal Patológico importante relacionado con el padecimiento reclamado?

Sí ☐

No ☐

En caso afirmativo, favor de detallar:

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más

Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX. En caso de Siniestro llama al 01 800 830 3676.
www.venormas.com

¿Toma o tomó algún medicamento?
En caso afirmativo, favor de detallarlo:

Sí ☐No ☐

Nombre y parentesco (en caso de que no sea el asegurado) de quien obtuvo la información:

Interconsultas, número y fechas (DD/MM/AAAA)

Observaciones:

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico):

ABSCESO PILONIDAL CON SALIDA DE MATERIAL PURULENTO ATRAVES DE ORIFICIO CON MULTIPLES FOLICULOS EN DIRECCIÓN CAUDAL.

En caso de reembolso por hospitalización

Nombre del hospital:

Ciudad y Estado:

Tipo de estanciaUrgencia ☐Hospitalaria ☒Corta Estancia / Ambulatoria ☐

Fecha de ingreso (DD/MM/AAAA):
01/12/2021

Fecha de egreso (DD/MM/AAAA):
02/12/2021

Fecha de intervención (DD/MM/AAAA):
01/12/2021

Datos generales del médico tratante

Apellido paterno: CASTRO

Apellido materno: LEDESMA

Nombre(s): LUIS FERNANDO

Especialidad:
COLOPROCTOLOGIA

Teléfono:
4421966887

Teléfono celular / radio:
4434765095

Cédula Profesional:
5475742

R.F.C.
CALL8302285T4

Cédula de Especialidad / Certificación:
8536406/450

Número Proveedor (en caso de pertenecer a red Ve por Más):

Email:
luisfernando.castro@gmail.com

En caso de muerte, favor de indicar:

Causa o enfermedad que directamente produjo la muerte:

Causa o enfermedad que dio origen a la que determinó la muerte:

Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad o causa principal:

Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad o causa principal:

Estoy enterado y de acuerdo en recibir información de productos y coberturas de seguros en mi correo electrónico.

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

QUERETARO, QRO A 26.11.2021

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcionen a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores.

Asimismo, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad, y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico invalidará toda responsabilidad de Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más hacia con el Asegurado.

Cualquier copia fiel de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más con domicilio en Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX, le recuerda que sus datos personales serán utilizados para dar trámite y seguimiento a la solicitud del producto o servicio de su interés. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales, usted puede acceder a nuestro aviso de privacidad integral a través de www.vepormas.com



LUIS FERNANDO CASTRO LEDESMA

Nombre y Firma del Médico Tratante