

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:

STAZ MEDICA DE JEREBAGO

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: