

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

Si: ☐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 estancia

Urgencia ☐

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