

Nombre Paciente	Diana Carolina González Ariza		Línea	Cirucredito
Fecha de Valoración	20/01/2020	Fecha Tentativa Cirugía	28/01/2020	
Numero de Cedula	1001869699	Numero Celular	3013997224	
Cirugía	Lipo con transferencia (pierna y brazos) y recesión de glándula supernumeraria	Correo Electrónico	Dianagonzalez.une@hotmail.com	

Queremos agradecerte por elegirnos en este proceso, estamos comprometidos con tu seguridad y estamos ansiosos por ver tu transformación, a continuación, te describimos tu paquete quirúrgico y el costo del mismo.

Tu plan quirúrgico incluye:

Infraestructura <ul style="list-style-type: none"> • Quirófano • Sala de recuperación
Honorarios Equipo Quirúrgico <ul style="list-style-type: none"> • Medico Cirujano • Anestesiólogo • Instrumentador • Ayudante Quirúrgico • Enfermera Jefe • Auxiliar de Enfermería
Atención Prequirúrgica <ul style="list-style-type: none"> • Cita de preanestesia

Costo Paquete Quirúrgico Contado	\$9.700.000
Costo Paquete Quirúrgico Financiado	\$10.700.000

Costos Adicionales	
Exámenes (tp,tpt,TSH,glicemia,creatinina,hemograma,HIV,parcial de orina)	
Cobertura Postquirúrgica*	
Faja	\$ 160.000
Medias Antiembolicas	\$ 60.000
Masajes	
Medicamentos Orales	
Ambulancia & Enfermera*	
TOTAL ADICIONALES	\$ 220.000

Cotización vigente por 15 días

Web: www.cirucredito.com - Fijo: 3220020 - WhatsApp: 3133733756

*Los costos adicionales no se incluyen en financiación, todos son necesarios al momento de hacer la cirugía, sea que el paciente los tome con nosotros o no, de los costos adicionales los únicos que el paciente debe pagar por obligación en la clínica son **COBERTURA POSTQUIRURGICA**.

* Si la paciente decide tomar los masajes por fuera de la clínica debe firmar un disentimiento informado donde se hace responsable por su recuperación y resultados de su post operatorio.

El costo de la cirugía o inicial y adicionales que la paciente toma con nosotros deben ser cancelados máximo el día de la consulta de preanestesia, de no ser así, será cancelada su cirugía y aplazada para una nueva fecha.

Firma Paciente _____