

Detalle del Paciente

Nombre: **RAQUEL** Apellidos: **MONTERO ESTEBARANZ**
DNI: Código Identificativo Paciente: **MNST951209916010** N° Seguridad Social: **2840651801**
Domicilio: **BOLONIA 5 9** Código Postal: **28028**
Municipio: **MADRID** Provincia: **MADRID** Comunidad: **MADRID**
Género: **Indeterminado** F.Nacimiento: **09/12/1995** Telefono 1: **[REDACTED]** Telefono 2:

Datos Clínicos

Número Historia: **234377** Hospital: **HOSPITAL INFANTIL DEL NIÑO JESUS** Fecha Programación:
Servicio: **Cirugía Plástica** Tipo Cirugía: **Cirugía Ambulatoria** Prioridad: **Normal**
Diagnóstico: **FIBROSIS/CICATRIZ DE LA PIEL** Procedimiento: **RELAJACION DE CICATRIZ O DE CONTRACTURA RETICULADA DE PIEL**

Información adicional

Usted ha rechazado voluntariamente ser intervenido en un centro alternativo en fecha 19/11/2008. Por lo que está en situación de espera para ser intervenido en su hospital de origen.
El tiempo medio de espera de los pacientes que han sido intervenidos en su mismo hospital y servicio en el último mes en situación de rechazo de derivación a centro alternativo, ha sido de 210 días hábiles.

El Servicio de Admisión del Centro Sanitario se pondrá en contacto con usted para citarle para la intervención. Para modificar cualquier dato que aparece, póngase en contacto con admisión de su hospital.

