

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre		No. Expediente Clínico			
Dirección actual			Calle o lugar		Municipio		Departamento		Teléfono		
Dirección habitual			Calle o lugar		Municipio		Departamento		Teléfono		
Fecha de nacimiento (Día Mes Año)				Edad en años		Lugar de nacimiento			Sexo MASCULINO		
Estado Civil		Ocupación		Nacionalidad			No. De Cédula				
Casado											
Nombre del Cónyuge				Dirección si difiere a la indicada							
Nombre del Padre:				Nombre de la Madre:							
En caso de emergencia notificar a :				Parentesco		Dirección			Teléfono		
Otras Hospitalizaciones				Referido de							
Fecha de Ingreso		Hora		Servicio		Fecha de egreso		Hora servicio		Dias de estancia	
IMPRESIÓN CLINICA DE INGRESO											
Diagnóstico final: Enumere en orden de importancia										Código	
Complicaciones										Código	
Operaciones: Enumere en orden de importancia										Código	
Referido a Consulta											
Egreso: () Vivo () Alta voluntaria () Involuntaria () Tranferido a otra institución Externa											
() Muert () Antes de 48 horas () Después de 48 horas () Autopsia () si () No											
Fecha						Firma y No. Clave de Médico Responsable					
Forma DRM - 401.-05											