

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

|   |               |                                    |   |                        |                  |
|---|---------------|------------------------------------|---|------------------------|------------------|
| 1er. Apellido   | 2do. Apellido | 1er. Nombre                        | 2do. Nombre                             | No. Expediente Clinico |                  |
| CASTELLANOS   | LÓPEZ         | FRANCISCO                          | ANTONIO                                 | 2017-0034279/201773430 |                  |
| Dirección actual  |               | Calle o lugar                      | Municipio                               | Departamento           | Teléfono         |
| A 29-39 RESD. VOULEVA   |               | RDAD SAN CRISTOB                   | MIXCO                                   | GUATEMALA              | 2443-6964        |
| Dirección habitual  |               | Calle o lugar                      | Municipio                               | Departamento           | Teléfono         |
| Fecha de nacimiento (Día Mes Año )  |               |                                    | Edad en años                            | Lugar de nacimiento    | Sexo             |
| 1938-08-11  |               |                                    | 79                                      | BELICE                 | Masculino        |
| Estado Civil  | Ocupación     | Nacionalidad                       |   | No. De Cédula          |                  |
| Soltero   | NO            | GUATEMALTECA                       |   | 2337250631703          |                  |
| Nombre del Cónyugue   |               | Dirección si difiere a la indicada |   |                        |                  |
| ANA MARIA SANTA CRUZ  |               |                                    |   |                        |                  |
| Nombre del Padre:   |               | Nombre de la Madre:                |   |                        |                  |
| FRANCISCO PEDRO CASTELLANOS   |               | RUFINA LOPEZ                       |   |                        |                  |
| En caso de emergencia notificar a :   |               | Parentesco                         | Dirección                               | Teléfono               |                  |
| ALVARO CASTELLANOS  |               | HIJO                               |   | 2443-6964              |                  |
| Otras Hospitalizaciones   |               | Referido de                        |   |                        |                  |
|   |               |                                    |   |                        |                  |
| Fecha de Ingreso  | Hora          | Servicio                           | Fecha de egreso                         | Hora servicio          | Dias de estancia |
| 20/11/2017  | 13:13:17      | CL. 27                             |   |                        |                  |
| 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   |               |                                    |   |                        |                  |