

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.				NO.								
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		No. Expediente Clínico				
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)			Edad		Lugar de Nacimiento			Sexo M () F ()				
Estado Civil		Ocupación			Nacionalidad			Documento de Identificación				
En caso de emergencia notificar a			Parentesco		Direccion			Teléfono				
Fecha de la asistencia Médica			Hora:		Area de urgencia: null							
			MEDICINA		CIRUGIA		TRAUMA		OBSTETRICIA		GINE	
Tipo de Consulta												
URGENCIA			CONSULTA EXTERNA EXTEMPORANEA									
MOTIVO DE CONSULTA												
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD												
EXAMEN FISICO												
88888888888888888888888888888888												
1												
2												
3												
4												
SELLO DEL MEDICO QUE ATENDIO LA CONSULTA						FIRMA DEL MEDICO QUE ATENDIO LA CONSULTA						
EGRESO DE URGENCIA FECHA Y HORA												
QUEDO HOSPITALIZADO SI () No ()												
SERVICIO												
Dejo constancia con mi nombre y firma, o huella digital que el tratamiento instituido a mi persona no se ha terminado y que mi caso sigue siendo delicado, pero es mi deseo retirarme de este servicio y eximo por ello de toda responsabilidad al Hospital General y personal que labora en el, de lo que me sucediera fuera de la Institución.												
F.												