

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico	
JACOBO LORENZANA ADOLFO ANTONIO				7458/201757359	
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)		Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M () F ()	
1958-02-09		59	SANTA ROSA, TAXICO	MASCULINO	
Estado Civil	Ocupación		Nacionalidad	Documento de Identificación	
CASADO			GUATEMALTECO	1708 21242 0609	
En caso de emergencia notificar a		Parentesco	Dirección	Teléfono	
JOSEFINA ALVAREZ		ESPOSA	LOTE 105.Z.18	42068389	
Fecha de la asistencia Médica		Hora:	Área de urgencia: MEDICINA		
2017-10-19		MEDICINA	CIRUGIA	TRAUMA	OBSTETRICIA GINE
Tipo de Consulta		urgencia			
URGENCIA		CONSULTA EXTERNA EXTEMPORANEA			

MOTIVO DE CONSULTA

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

EXAMEN FISICO

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.