

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico
CORADO HENRY GEOBAN				/201774410
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)	Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M () F ()	
1992-09-01	25 AÑOS	ESTA CAPITAL	Masculino	
Estado Civil	Ocupación	Nacionalidad	Documento de Identificación	
null		GUATEMALT.	SIN DOCUMENTO	
En caso de emergencia notificar a	Parentesco	Dirección	Teléfono	
LIC. HERNAN	AMIGO	IDEM	5306-1395	
Fecha de la asistencia Médica	Hora: 0:5:37	Área de urgencia:		
23/11/2017	MEDICINA	CIRUGIA	TRAUMA	OBSTETRICIA
GINE				
Tipo de Consulta				
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.