

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

| | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------------|------|
| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | No. Expediente Clínico | | |
| PEREZ MUÑOZ ROSA ARACELY | | | | 4550/201755055 | | |
| Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año) | | Edad | Lugar de Nacimiento | | Sexo M () F () | |
| 1967-10-28 | | 49 AÑOS | GUATEMALA | | FEMENINO | |
| Estado Civil | Ocupación | | Nacionalidad | | Documento de Identificación | |
| CASADO | PERITO CONTADOR | | GUATEMALTECA | | 1635550440101 | |
| En caso de emergencia notificar a | | Parentesco | Direccion | | Teléfono | |
| ERNESTO GIRON | | ESPOSO | AVE. 2-82 RES. LA MARIPOS | | 66330814 | |
| Fecha de la asistencia Médica | | Hora: 6:45:22 | Area de urgencia: CIRUGIA | | | |
| 10/11/2017 | | 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.