HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

1er. Apellido 2do. Apellido 1er.		1er. Nombi	Nombre 2do. Nombre		No. Exped	No. Expediente Clinico	
սսսսսսսսսսս					/201	769601	
Dirección actual	Calle o lu uuu	ıgar M	unicipio	Departam	ento	Teléfono	
Dirección habitua		ıgar M ı	unicipio	Departam	ento	Teléfono	
Fecha de nacimiento	o (Día Mes	Año) Edad	d en años	Lugar de naci	miento	Sexo	
2017	<u>'-11-11</u>		yu	yu		Femenino	
Estado Civil Ocupación Nacionalidad No. De						ula	
Nombre del Cónyugue			Dirección si difiere a la indicada				
Nombre del Padre:			Nombre de la Madre:				
yu		uy					
En caso de emergen	cia notificar a :	Parent	tesco	Dirección		Teléfono	
Otras Hospitalizacio	nes	Referi	do de				
Ingreso Ho 10/11/2017 15:2		io Fecha	de egreso	Hora serv	ricio	Dias de estancia	
IMPRESIÓN CLINICA D Diagnóstico final: Enui		e importancia				Código	
Complicaciones						Código	
Complicaciones						Courgo	
Operaciones: Enumere en orden de importancia						Código	
Egreso: () Vivo () Alta voluntaria () Involuntaria () Tranferido a otra institución () Muert () Antes de 48 horas () Después de 48 horas () Aut						eferido a Consulta Externa ia () si () No	
Fecha				Firma y No. Clav	ve de Médico	Responsable	
Forma DRM - 40105	<u></u>						

HOJA DE INGRESO Y EGRESO