

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

| | | | | | |
|---|---------------|------------------|---|------------------------|------------------|
| 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre | No. Expediente Clinico | |
| QUEL | SALAS | LESLY | GABRIELA | 4095/201757699 | |
| Dirección actual | | Calle o lugar | Municipio | Departamento | Teléfono |
| NA CALLE 28-75 ZONA 14 | | | | | |
| Dirección habitual | | Calle o lugar | Municipio | Departamento | Teléfono |
| | | | | | |
| Fecha de nacimiento (Día Mes Año) | | | Edad en años | Lugar de nacimiento | Sexo |
| 2002-03-25 | | | 15 | GUATEMALA | FEMENINO |
| Estado Civil | | Ocupación | Nacionalidad | | |
| Soltero | | | No. De Cédula | | |
| Nombre del Cónyuge | | | Dirección si difiere a la indicada | | |
| Nombre del Padre: | | | Nombre de la Madre: | | |
| En caso de emergencia notificar a : | | | Parentesco | Dirección | Teléfono |
| ORALIA SALAS | | | MADRE | | 2367565685 |
| Otras Hospitalizaciones | | | Referido de | | |
| | | | | | |
| Fecha de Ingreso | Hora | Servicio | Fecha de egreso | Hora servicio | Dias de estancia |
| 20/11/2017 | 14:57:15 | MEDICINA MUJERES | | | |
| IMPRESIÓN CLINICA DE INGRESO | | | | | |
| | | | | | |
| Diagnóstico final: Enumere en orden de importancia | | | | | Código |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Complicaciones | | | | | Código |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Operaciones: Enumere en orden de importancia | | | | | Código |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Referido a Consulta | | | | | |
| Egreso: () Vivo () Alta voluntaria () Involuntaria () Tranferido a otra institución Externa | | | | | |
| () Muert () Antes de 48 horas () Después de 48 horas () Autopsia () si () No | | | | | |
| Fecha | | | Firma y No. Clave de Médico Responsable | | |
| Forma DRM - 401.-05 | | | | | |