

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico	
GOMEZ CHIVALAN ELISA NICOL				/201762651	
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)		Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M () F ()	
2010-04-23		6A	GUATEMALA	FEMENINO	
Estado Civil	Ocupación		Nacionalidad	Documento de Identificación	
SOLTERO			GUATEMALA		
En caso de emergencia notificar a		Parentesco	Direccion		Teléfono
JUANA GOMEZ		MAMA	MA C. 14-54 LA BARREDA Z.1		
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 15:47:10	Area de urgencia: MEDICINA		
24/10/2017		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.