

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico
ALVARADO PEREZ MARIA ISABEL				/201767926
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)	Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M () F ()	
1993-11-16	23	GUATEMALA	Femenino	
Estado Civil	Ocupación	Nacionalidad	Documento de Identificación	
Casado	AMA DE CASA	GUATEMALTECA	S/D	
En caso de emergencia notificar a	Parentesco	Dirección	Teléfono	
JUAN CARLOS CARRILLO	ESPOSO	40 APART. A Z.10 MIXCO COL	42667121	
Fecha de la asistencia Médica	Hora: 15:37:50	Área de urgencia:		
10/11/2017	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.