

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.				NO.						
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		No. Expediente Clínico		
AJÙ		LINARES		ROSA		AMANDA		5348		
Fecha de Nacimiento ( Dia Mes Año)			Edad		Lugar de Nacimiento			Sexo M ( ) F ( )		
1999-05-20			18		GUATEMALTECO			FEMENINO		
Estado Civil		Ocupación			Nacionalidad			Documento de Identificación		
SOLTERO		AMA DE CASA			GUATEMALTECA			2997248400101		
En caso de emergencia notificar a			Parentesco		Direccion			Teléfono		
AMANDA LINARES			MADRE		CALLE 12 ZONA D LOTE 23 EL MESQU			32081430		
Fecha de la asistencia Médica			Hora: 11:40		Area de urgencia: GINECOLOGIA					
2017-10-16			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.										