

## HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

|                                     |              |                               |                               |                             |             |
|-------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------|
| 1er Apellido                        | 2do Apellido | 1er Nombre                    | 2do Nombre                    | No. Expediente Clínico      |             |
| CABRERA AMBROSIO KARLA PAOLA        |              |                               |                               | 8327/201762643              |             |
| Fecha de Nacimiento ( Dia Mes Año ) |              | Edad                          | Lugar de Nacimiento           | Sexo M ( ) F ( )            |             |
| 1994-12-22                          |              | 22                            | GUATEMALA                     | FEMENINO                    |             |
| Estado Civil                        | Ocupación    |                               | Nacionalidad                  | Documento de Identificación |             |
| SOLTERO                             | RESCATISYA   |                               | GUATEMALA                     | SIN DOC                     |             |
| En caso de emergencia notificar a   |              | Parentesco                    | Dirección                     | Teléfono                    |             |
| GINA MORATAYA PAIZ                  |              | ENCARGADA                     | 14 AV 2-50 Z.1                | 5605-2848                   |             |
| Fecha de la asistencia Médica       |              | Hora: 15:25:7                 | Area de urgencia: GINECOLOGIA |                             |             |
| 24/10/2017                          |              | MEDICINA                      | CIRUGIA                       | TRAUMA                      | OBSTETRICIA |
| 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.