

## HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

<b>Guatemala C.A.</b>				<b>NO.</b>	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		No. Expediente Clínico			
PERALTA MEJICANOS GUADALUPE				/201771110	
Fecha de Nacimiento ( Dia Mes Año )		Edad		Lugar de Nacimiento	
1956-12-05		60		GUATEMALA	
Sexo M ( ) F ( )		FEMENINO			
Estado Civil		Ocupación		Nacionalidad	
SOLTERO		AMA DE CASA		GUATEMALTECA	
Documento de Identificación		NP			
En caso de emergencia notificar a		Parentesco		Dirección	
CARMEN MORALES		SOBRINA		13 CALLE C 2-58 Z. 3	
Teléfono		59142279			
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 9:16:31		Área de urgencia: null	
23/11/2017		MEDICINA		CIRUGIA	
				TRAUMA	
				OBSTETRICIA	
				GINE	
Tipo de Consulta		null			
URGENCIA		CONSULTA EXTERNA EXTEMPORANEA			
MOTIVO DE CONSULTA					
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD					
EXAMEN FISICO					
1					
2					
3					
4					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> SELLO DEL MEDICO QUE ATENDIO LA CONSULTA </div> <div style="width: 45%;"> FIRMA DEL MEDICO QUE ATENDIO LA CONSULTA </div> </div>					
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.					