## HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.						NO.	
1er Apellido				ore 2	do Nombre	No. Expedie	ente Clínico
rrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrr						/201769599	
echa de Nacimiento ( Dia Mes Año Edad			Lugar de Nacimiento		Sexo M ( ) F ( )		
2017-11-11				rrr		FEMENINO	
tado Civil Ocupac		I ción		Nacionalidad		Documento de Identificación	
SOLTERO	Ссирис		ľ	racionanaa	•	Documento de	racininacion
n caso de emergencia notificar a				Direccion		Teléfono	
				ppppppppppppppppppppppppppppppppppppppp			
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 15:26:43		Area de urgo			
10/11/2017		MEDICIN	Α	CIRUGIA	TRAUMA	)BSTETRICI/	GINE
Tipo de Consulta						_	ı
URGENCIA		CONSULTA EXTERNA EXTEMPORANEA					
HISTORIA DE LA ENFER	RMFDA	D					
EXAMEN FISICO							
<u>l</u>							
3							
<u>)                                    </u>							
SELLO DEL MEDICO	QUE ATI	NDIO LA CONSUL	LTA	-	FIRMA DEL MEDIC	O QUE ATENDIO	LA CONSULTA
EGRESO DE URGENCIA							
QUEDO HOSPITALIZAI	DO SI (	) No()	9	SERVICIO _			
Dejo constancia con r	ni noml	ore v firma. o hu	uella digit	tal que el tr	atamiento institu	uido a mi perso	ona no se ha
terminado y que mi ca			_	-		-	
de toda responsabilid	_		-				
ac toda responsabilia	44 UI III	ospital General		ar que labor cución.	. a cii ci, ac io qui	c me succuler	a racia ac ia
			1113616				
				F			