

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | No. Expediente Clínico |
| BONILLA RUMILDA | | | | /201770907 |
| Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año) | | Edad | Lugar de Nacimiento | Sexo M () F () |
| 1976-07-05 | | 41 | SAN GUATEMALA, CHIMALTEN | FEMENINO |
| Estado Civil | Ocupación | | Nacionalidad | Documento de Identificación |
| CASADO | AMA DE CASA | | GUATEMALTECA | NO PRESENTO |
| En caso de emergencia notificar a | Parentesco | Dirección | | Teléfono |
| JUVENTINO UMUL | ESPOSO | CALLE ZONA 10 MIXCO LA COMUN | | 48975553 |
| Fecha de la asistencia Médica | Hora: 7:13:54 | Área de urgencia: GINECOLOGIA | | |
| 14/11/2017 | 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.