

## HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.				NO.					
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		No. Expediente Clínico	
				XX XX MASCULINO				/201762652	
Fecha de Nacimiento ( Dia Mes Año)		Edad		Lugar de Nacimiento		Sexo M ( ) F ( )			
1991-10-24		26 AÑOS APROX		CAPITAL		MASCULINO			
Estado Civil		Ocupación		Nacionalidad		Documento de Identificación			
				GUATEMALTECA					
En caso de emergencia notificar a		Parentesco		Direccion		Teléfono			
				IGNORADA					
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 15:50:19		Area de urgencia: CIRUGIA					
24/10/2017		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.									