

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico	
SANTOS ESQUITA JEFERSON IVAN				/201774344	
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)		Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M () F ()	
2004-10-16		13	CAPITAL	MASCULINO	
Estado Civil	Ocupación	Nacionalidad	Documento de Identificación		
SOLTERO	ESTUDIANTE	GUATEMALTECO	NO PRESENTO		
En caso de emergencia notificar a		Parentesco	Dirección	Teléfono	
MILDRED ESQUITE		MADRE	15 CALLE 1-72 ZONA 1	55028136	
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 18:48:24	Área de urgencia: MEDICINA		
22/11/2017		MEDICINA	CIRUGIA	TRAUMA	OBSTETRICIA GINE
Tipo de Consulta		urgencia			
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.