

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	No. Expediente Clinico	
22222222	22222222			2014-33212/201758427	
Dirección actual		Calle o lugar	Municipio	Departamento	Teléfono
Dirección habitual		Calle o lugar	Municipio	Departamento	Teléfono
Fecha de nacimiento (Día    Mes    Año )			Edad en años	Lugar de nacimiento	Sexo null
Estado Civil null		Ocupación	Nacionalidad	No. De Cédula	
Nombre del Cónyuge			Dirección si difiere a la indicada		
Nombre del Padre:			Nombre de la Madre:		
En caso de emergencia notificar a :			Parentesco	Dirección	Teléfono
Otras Hospitalizaciones			Referido de		
Fecha de Ingreso	Hora	Servicio	Fecha de egreso	Hora servicio	Dias de estancia
IMPRESIÓN CLINICA DE INGRESO					
Diagnóstico final: Enumere en orden de importancia					Código
Complicaciones					Código
Operaciones: Enumere en orden de importancia					Código
Egreso: ( ) Vivo    ( ) Alta voluntaria    ( ) Involuntaria    ( ) Tranferido a otra institución					Referido a Consulta Externa
( ) Muert ( ) Antes de 48 horas    ( ) Después de 48 horas    ( ) Autopsia					( ) si ( ) No
Fecha			Firma y No. Clave de Médico Responsable		
Forma DRM - 401.-05					