

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

| | | | | | |
|---|---------------|------------------------------------|---|------------------------|---------------|
| 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre | No. Expediente Clínico | |
| OSCAL | SOYOS | HIJA DE EVELYN | JOHANA | /201773451 | |
| Dirección actual | | Calle o lugar | Municipio | Departamento | Teléfono |
| 7-15 | | STÓN EL CEMENTE | AN PEDRO AYAMPL | GUATEMALA | |
| Dirección habitual | | Calle o lugar | Municipio | Departamento | Teléfono |
| Fecha de nacimiento (Día Mes Año) | | Edad en años | Lugar de nacimiento | Sexo | |
| 2017-11-06 | | 14 DIAS | GUATEMALA | Femenino | |
| Estado Civil | Ocupación | Nacionalidad | No. De Cédula | | |
| Soltero | | GUATEMALTECA | INF. NAC. 250652 | | |
| Nombre del Cónyuge | | Dirección si difiere a la indicada | | | |
| Nombre del Padre: | | Nombre de la Madre: | | | |
| | | EVELYN JOHANA OSCAL SOYOS | | | |
| En caso de emergencia notificar a : | | Parentesco | Dirección | Teléfono | |
| EVELYN OSCAL | | MAMÁ | | 50645513 | |
| Otras Hospitalizaciones | | Referido de | | | |
| Fecha de Ingreso | | Hora | Servicio | Fecha de egreso | Hora servicio |
| 20/11/2017 | | 14:11:36 | | | |
| Días de estancia | | | | | |
| IMPRESIÓN CLINICA DE INGRESO | | | | | |
| Diagnóstico final: Enumere en orden de importancia | | | | Código | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Complicaciones | | | | Código | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Operaciones: Enumere en orden de importancia | | | | Código | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Referido a Consulta | | | | | |
| Egreso: () Vivo () Alta voluntaria () Involuntaria () Tranferido a otra institución 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 | | | | | |