

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico	
SICAJÀ YOC YEIMI SELENA				4609/201755227	
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)		Edad	Lugar de Nacimiento		Sexo M () F ()
1993-05-08		22	MIXCO		FEMENINO
Estado Civil	Ocupación		Nacionalidad		Documento de Identificación
CASADO	AMA DE CASA		GUATEMALA		2251066980108
En caso de emergencia notificar a		Parentesco	Direccion		Teléfono
WENDY SICAJÀ		HERMANA			4043-9928
Fecha de la asistencia Médica		Hora:	Area de urgencia: null		
2017-10-14		MEDICINA	CIRUGIA	TRAUMA	OBSTETRICIA GINE
Tipo de Consulta		null			
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.