

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico	
PEREZ RAMIREZ IAN JOSE				2016-37976/201761221	
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)		Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M () F ()	
2015-08-14		1	CAP	MASCULINO	
Estado Civil	Ocupación		Nacionalidad	Documento de Identificación	
SOLTERO	NINGUNA		GUATE	SIN DOC.	
En caso de emergencia notificar a		Parentesco	Dirección	Teléfono	
GENESIS RAMIREZ		MAMA	3RA AVEB 9-76 Z. 3	57719066	
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 23:3:6	Area de urgencia: MEDICINA		
21/10/2017		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.