

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

|   |               |               |   |                        |                  |
|---|---------------|---------------|---|------------------------|------------------|
| 1er. Apellido   | 2do. Apellido | 1er. Nombre   | 2do. Nombre                             | No. Expediente Clínico |                  |
| ZAPET   | BONILLA       | SANTIAGO      | MARIN                                   | /201771177             |                  |
| 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             |
| 2004-09-20  |               |               | 13                                      | ESTA CAPITAL           | MASCULINO        |
| Estado Civil  |               | Ocupación     | Nacionalidad                            | No. De Cédula          |                  |
| SOLTERO   |               |               | GUATEMALTECA                            | NO PRESENTO            |                  |
| 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         |
| NORLA BONILLA   |               |               | MADRE                                   | /E 10-01 ZONA 18 PARA  | 3065 3407        |
| Otras Hospitalizaciones   |               |               | Referido de                             |                        |                  |
| Fecha de Ingreso  | Hora          | Servicio      | Fecha de egreso                         | Hora servicio          | Días de estancia |
| 23/11/2017  | 8:36:32       |               |   |                        |                  |
| 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   |               |               |   |                        |                  |