

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre		No. Expediente Clínico	
								/201758430	
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	
2017-10-13				77		77		Masculino	
Estado Civil		Ocupación		Nacionalidad		No. De Cédula			
Nombre del Cónyuge				Dirección si difiere a la indicada					
Nombre del Padre:				Nombre de la Madre:					
77				77					
En caso de emergencia notificar a :				Parentesco		Dirección		Teléfono	
Otras Hospitalizaciones				Referido de					
Fecha de Ingreso		Hora		Servicio		Fecha de egreso		Hora servicio	
19/10/2017		15:43:58						Dias 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									