

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	No. Expediente Clínico	
CASTRO	SANCHEZ	DAISY	CATALINA	17-430/201758293	
Dirección actual		Calle o lugar	Municipio	Departamento	Teléfono
21-18 Z, 6 SAN JUAN DE					
Dirección habitual		Calle o lugar	Municipio	Departamento	Teléfono
Fecha de nacimiento (Día Mes Año)			Edad en años	Lugar de nacimiento	Sexo
4-6-80			37	HONDUREÑA	FEMENINO
Estado Civil		Ocupación	Nacionalidad	No. De Cédula	
Casado		AMA DE CASA	HONDUREÑA	1804-198001758	
Nombre del Cónyuge			Dirección si difiere a la indicada		
JAVIER PLATA					
Nombre del Padre:			Nombre de la Madre:		
LUIS CASTRO			MARIA ELENA SANCHEZ		
En caso de emergencia notificar a :			Parentesco	Dirección	Teléfono
			ESPOSO		56106261
Otras Hospitalizaciones			Referido de		
Fecha de Ingreso	Hora	Servicio	Fecha de egreso	Hora servicio	Días de estancia
18-10-17	08-41	CL. 35			
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					