

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

| | | | | | |
|---|---------------|------------------------------------|---|------------------------|------------------|
| 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre | No. Expediente Clinico | |
| AJCHE | IXCOT | CORINA | ISABEL | 2008-74954/201757694 | |
| Dirección actual | | Calle o lugar | Municipio | Departamento | Teléfono |
| 10 AVE. B 27-46 | | COL. BETHANIA | GUATEMALA | GUATEMALA | |
| Dirección habitual | | Calle o lugar | Municipio | Departamento | Teléfono |
| Fecha de nacimiento (Día Mes Año) | | Edad en años | Lugar de nacimiento | Sexo | |
| 28/5/1969 | | 48 | GUATEMALA | FEMENINO | |
| Estado Civil | Ocupación | Nacionalidad | No. De Cédula | | |
| Casado | AMA DE CASA | GUATEMALTECA | 1749600650101 | | |
| Nombre del Cónyuge | | Dirección si difiere a la indicada | | | |
| SERGIO AGUIRRE | | IDEM | | | |
| Nombre del Padre: | | Nombre de la Madre: | | | |
| AJCHE NESTOR | | IXCOT CLARA LUZ | | | |
| En caso de emergencia notificar a : | | Parentesco | Dirección | Teléfono | |
| SERGIO AGUIRRE | | ESPOSO | IDEM | 30466156 | |
| Otras Hospitalizaciones | | Referido de | | | |
| Fecha de Ingreso | Hora | Servicio | Fecha de egreso | Hora servicio | Dias de estancia |
| 10/11/2017 | 13:53:30 | UGIA AMBULATORIO | | | |
| 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 | | | | | |