

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	No. Expediente Clínico	
MENDEZ	ESQUITE	ANDY	ELIAS	/201762626	
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
2009-03-31			8A	GUATEMALA	Masculino
Estado Civil		Ocupación	Nacionalidad	No. De Cédula	
Nombre del Cónyuge			Dirección si difiere a la indicada		
Nombre del Padre:			Nombre de la Madre:		
			HEIDY MENDEZ		
En caso de emergencia notificar a :			Parentesco	Dirección	Teléfono
Otras Hospitalizaciones			Referido de		
Fecha de Ingreso			Fecha de egreso	Hora servicio	Días de estancia
24/10/2017 14:48:24					
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					