

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.				NO.								
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		No. Expediente Clínico				
Fecha de Nacimiento ( Dia Mes Año )			Edad		Lugar de Nacimiento			Sexo M ( ) F ( )				
Estado Civil		Ocupación			Nacionalidad			Documento de Identificación				
En caso de emergencia notificar a			Parentesco		Direccion			Teléfono				
Fecha de la asistencia Médica			Hora:		Area de urgencia: null							
			MEDICINA		CIRUGIA		TRAUMA		OBSTETRICIA		GINE	
Tipo de Consulta												
URGENCIA			CONSULTA EXTERNA EXTEMPORANEA									
MOTIVO DE CONSULTA												
33333												
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD												
444444												
EXAMEN FISICO												
1												
2												
3												
4												
SELLO DEL MEDICO QUE ATENDIO LA CONSULTA						FIRMA DEL MEDICO QUE ATENDIO LA CONSULTA						
EGRESO DE URGENCIA FECHA Y HORA												
QUEDO HOSPITALIZADO SI ( ) No ( )												
SERVICIO												
Dejo constancia con mi nombre y firma, o huella digital que el tratamiento instituido a mi persona no se ha terminado y que mi caso sigue siendo delicado, pero es mi deseo retirarme de este servicio y eximo por ello de toda responsabilidad al Hospital General y personal que labora en el, de lo que me sucediera fuera de la Institución.												
F.												