

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico	
GIL MARROQUIN TRINIDAD ISABEL				/201773440	
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)		Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M () F ()	
1933-07-02		84	ESTA CAPITAL	FEMENINO	
Estado Civil	Ocupación		Nacionalidad	Documento de Identificación	
SOLTERO			GUATEMALTECA	NO PRESENTO	
En caso de emergencia notificar a		Parentesco	Dirección	Teléfono	
NORMA CHICHE		HIJA	CALLE 17-64 INTERIOR 4 ZONA	5066 2069	
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 15:32:45	Área de urgencia: CIRUGIA		
20/11/2017		MEDICINA	CIRUGIA	TRAUMA	OBSTETRICIA GINE
Tipo de Consulta		null			
URGENCIA		CONSULTA EXTERNA EXTEMPORANEA			

MOTIVO DE CONSULTA

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

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.