

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.				NO.	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		No. Expediente Clínico			
DE LEON SANTIZO NEITAN SAMUEL				/201762107	
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)		Edad		Lugar de Nacimiento	
2016-09-02		1		GUATEMALA	
Sexo M () F ()		MASCULINO			
Estado Civil		Ocupación		Nacionalidad	
SOLTERO				GUATEMALA	
Documento de Identificación					
En caso de emergencia notificar a		Parentesco		Dirección	
CLAUDIA SANTIZO		MAMA		16C. 19-10 ALAMEDA 2B Z.18	
Teléfono					
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 15:13:1		Area de urgencia: MEDICINA	
24/10/2017		MEDICINA		CIRUGIA	
				TRAUMA	
				OBSTETRICIA	
				GINE	
Tipo de Consulta		urgencia			
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.					