

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico		
TIUL CHOC EVELYN EVANGELINA				/201761748		
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)		Edad	Lugar de Nacimiento		Sexo M () F ()	
1992-03-18		26	COBAN ALTA VERAPAZ		FEMENINO	
Estado Civil	Ocupación		Nacionalidad		Documento de Identificación	
CASADO	AMA DE CASA		GUATEMALTECA		2216280531601	
En caso de emergencia notificar a		Parentesco	Direccion		Teléfono	
DOMINGO CACAO		ESPOSO	11 AV. 4-70 Z, 2		55572059	
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 8:47:10	Area de urgencia: GINECOLOGIA			
23/10/2017		MEDICINA	CIRUGIA	TRAUMA	OBSTETRICIA	GINE
Tipo de Consulta						
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.