

## HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico	
CHACON REYNOSO MARCOS ISAAC				/201769604	
Fecha de Nacimiento ( Dia Mes Año)		Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M ( ) F ( )	
2007-11-27		10A	GUATEMALA	MASCULINO	
Estado Civil	Ocupación		Nacionalidad	Documento de Identificación	
SOLTERO			GUATEMALA		
En caso de emergencia notificar a		Parentesco	Dirección	Teléfono	
ALBERTINA REYNOSO		MAMA	EC. C LOT. 102 Z.7 GRANIZO		
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 15:35:53	Area de urgencia: MEDICINA		
10/11/2017		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.