

## HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico	
ALVARADO CORTEZ SOFIA MAITE				/201761944	
Fecha de Nacimiento ( Dia Mes Año)		Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M ( ) F ( )	
2016-07-29		1 AÑO 2 MESES	GUATEMALA	FEMENINO	
Estado Civil	Ocupación		Nacionalidad	Documento de Identificación	
SOLTERO			GUATEMALTECA		
En caso de emergencia notificar a		Parentesco	Dirección	Teléfono	
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 12:13:15	Área de urgencia: null		
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.