

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre		No. Expediente Clínico			
22222222											
Dirección actual		Calle o lugar		Municipio		Departamento		Teléfono			
Dirección habitual		Calle o lugar		Municipio		Departamento		Teléfono			
Fecha de nacimiento (Día Mes Año)				Edad en años		Lugar de nacimiento		Sexo MASCULINO			
Estado Civil		Ocupación		Nacionalidad		No. De Cédula					
Casado											
Nombre del Cónyuge				Dirección si difiere a la indicada							
Nombre del Padre:				Nombre de la Madre:							
En caso de emergencia notificar a :				Parentesco		Dirección		Teléfono			
Otras Hospitalizaciones				Referido de							
Fecha de Ingreso		Hora		Servicio		Fecha de egreso		Hora servicio		Días de estancia	
IMPRESIÓN CLINICA DE INGRESO											
Diagnóstico final: Enumere en orden de importancia										Código	
Complicaciones										Código	
Operaciones: Enumere en orden de importancia										Código	
Referido a Consulta											
Egreso: () Vivo () Alta voluntaria () Involuntaria () Tranferido a otra institución Externa											
() Muert () Antes de 48 horas () Después de 48 horas () Autopsia () si () No											
Fecha						Firma y No. Clave de Médico Responsable					
Forma DRM - 401.-05											