

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

|   |               |               |   |                        |                             |
|---|---------------|---------------|---|------------------------|-----------------------------|
| 1er. Apellido   | 2do. Apellido | 1er. Nombre   | 2do. Nombre                             | No. Expediente Clínico |                             |
| CASTRO  | DIONICIO      | ARTEMIO       | DE JESUS                                | 4366/201755538         |                             |
| 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                        |
| 1992-02-03  |               |               | 25                                      | GUATEMALA              | MASCULINO                   |
| Estado Civil  |               | Ocupación     | Nacionalidad                            | No. De Cédula          |                             |
| SOLTERO   |               | MECANICO      | GUATEMALTECO                            | 2110694260101          |                             |
| 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                    |
| JOSELINE BARRIOS  |               |               | ESPOSO                                  | / 20 CALLE COL ESFUERZ | 56087000                    |
| 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                      |
|   |               |               |   |                        |                             |
|   |               |               |   |                        |                             |
|   |               |               |   |                        |                             |
| Egreso: ( ) Vivo ( ) Alta voluntaria ( ) Involuntaria ( ) Tranferido a otra institución |               |               |   |                        | Referido a Consulta 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   |               |               |   |                        |                             |