

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	No. Expediente Clínico	
González	Jimenez	Sara		/201761881	
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
1979-09-11			38	Guatemala	FEMENINO
Estado Civil	Ocupación	Nacionalidad		No. De Cédula	
CASADO	Ama de casa	Guatemala		No presento	
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	
Gillermo González		Hermano	Maz 4 col. Maya z.18	3348 2030	
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
( ) Muert ( ) Antes de 48 horas ( ) Después de 48 horas ( ) Autopsia ( ) si ( ) No					Externa
Fecha			Firma y No. Clave de Médico Responsable		
Forma DRM - 401.-05					