

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico
MARTÍNEZ SSA SANDRA AMANDA				/201766733
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)		Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M () F ()
1988-10-30		29	GUATEMALA	FEMENINO
Estado Civil	Ocupación	Nacionalidad	Documento de Identificación	
SOLTERO	AMA DE CASA	GUATEMALTECA	1651445210101	
En caso de emergencia notificar a	Parentesco	Dirección	Teléfono	
YOLANDA MARTINEZ	HERMANA	CERRITO SEC 5 Z18 PARAISO 2	49084997	
Fecha de la asistencia Médica	Hora: 20:16:25	Area de urgencia: GINECOLOGIA		
3/11/2017	MEDICINA	CIRUGIA	TRAUMA	OBSTETRICIA
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.