

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.				NO.						
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		No. Expediente Clínico		
								/201758431		
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)			Edad		Lugar de Nacimiento			Sexo M () F ()		
2017-10-05					77			MASCULINO		
Estado Civil		Ocupación			Nacionalidad			Documento de Identificación		
En caso de emergencia notificar a		Parentesco			Direccion			Teléfono		
Fecha de la asistencia Médica			Hora: 15:44:45		Area de urgencia: null					
19/10/2017			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.										