

Guatemala, C.A.

1er apellido		2do apellido		1er. Nombre		2do. Nombre		No. Exp.Med.	
Sexo		Edad		Estado Civil		Ocupación		Paga I.G.S.S	
Procedencia						Dirección Habitual		Teléfono	
Llegó en ambulancia ()			Automovil ()			Pie ()			
Lo acompañan:									
MOTIVO DE INGRESO					Antecedentes Relacionados con la Urgencia				
Fecha y hora									
EXAMEN FISICO:		P.A.	Temp.	F.C	Consciente Si () No ()				
Talla									
<div>IMPRESIÓN CLINICA</div> <div>a) b)</div> <div>c) d)</div> <div>ESTE CASO SE CONSIDERA DE URGENCIA Sí () No ()</div> <div>Responsable</div> <div>Dr. f.</div> <div>Medico de Guardia firma</div> <div>Dr. f.</div> <div>Interno firma</div> <div>EGRESO DE URGENCIA FECHA Y HORA</div> <div>QUEDO HOSPITALIZADO Sí () No ()</div> <div>SERVICIO</div>									
<p>Dejo constancia con mi nombre y firma, o huella digital de 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 de por ello de toda responsabilidad al Hospital General y personal que labora en el , de lo que me sucediera fuera de la Institución.</p> <p>F. _____</p>									

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre		No. Expediente Clínico	
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
Estado Civil C S V D Sep.			Ocupación		Nacionalidad		No. De Cédula		
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	
Egreso:								Referido a Consulta	
() Vivo () Alta voluntaria () Involuntaria () Tranferido a otra institución								Externa	
() Muerto () Antes de 48 horas () Después de 48 horas () Autopsia () si () No									
Fecha						Firma y No. Clave de Médico Responsable			
Forma DRM - 401.-05									

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO

Por la presente autorizo al Cuerpo Médico del Hospital General San Juan de Dios para que durante la atención de _____ me sean practicados los métodos de diagnóstico y de tratamientos necesarios, en caso de defunción, autopsia, comprometiéndome a respetar los reglamentos del Hospital.

Firma del Paciente o Huella digital

Fecha

Firma del Paciente o pariente más cercano o Huella digital

Testigo

Parentesco

SOLICITUD DE SALIDA CONTRAINDICACION MEDICA

Fecha _____

Hora _____

Declaro que yo _____, paciente del Hospital General San Juan de Dios solicito me autorice a salir del Hospital a pesar de ser contra la opinión y consejo del Médico que me atiende y la Administración de este Hospital. He sido debidamente informado del riesgo en que incurro saliendo de esta Institución en las condiciones en que me encuentro, y por la presente eximo de toda responsabilidad al Médico o Médicos que me atienden, y al Hospital, de cualquier resultado o resultados perjudiciales que pueda tener con mi salida y renuncio expresamente a cualquier acción o reclamación a que pudiera tener derecho.

Testigo

Firma del Paciente o pariente más cercano o Huella digital

Parentesco

