

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico
COC PIRIR CATALINA				5142/201769528
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)	Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M () F ()	
1995-11-08	22	SAN RAYMUNDO	FEMENINO	
Estado Civil	Ocupación	Nacionalidad	Documento de Identificación	
CASADO	AMA DE CASA	GUATEMALTECA	2830725550111	
En caso de emergencia notificar a	Parentesco	Dirección	Teléfono	
CESAR CHAMALÉ	ESPOSO	ITON PONIENTE CHUARRANC	40497740	
Fecha de la asistencia Médica	Hora: 12:17:22	Área de urgencia: GINECOLOGIA		
10/11/2017	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.