

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	No. Expediente Clínico
TIGUILA MARTINEZ ADRIAN MATHIAS				/201774509
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)	Edad	Lugar de Nacimiento	Sexo M () F ()	
2016-01-26	1 AÑO	GUATEMALA	Masculino	
Estado Civil	Ocupación	Nacionalidad	Documento de Identificación	
Soltero	N.T.	GUATEMALTECO	3648586990101	
En caso de emergencia notificar a	Parentesco	Dirección	Teléfono	
LUISA MARTINEZ	MADRE		42074931	
Fecha de la asistencia Médica	Hora: 9:13:32	Área de urgencia:		
23/11/2017	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.