

## HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.				NO.							
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		No. Expediente Clínico			
								/201761854			
Fecha de Nacimiento ( Dia Mes Año)		Edad		Lugar de Nacimiento		Sexo M ( ) F ( )					
2017-10-04				2112		MASCULINO					
Estado Civil		Ocupación		Nacionalidad		Documento de Identificación					
En caso de emergencia notificar a		Parentesco		Direccion		Teléfono					
Fecha de la asistencia Médica		Hora: 10:41:45		Area de urgencia: null							
23/10/2017		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.											