

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.

NO.

| | | | | | |
|------------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------|
| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | No. Expediente Clínico | |
| CANTÉ MORALES KEILY ABIGAIL | | | | 2010-92643/201761711 | |
| Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año) | | Edad | Lugar de Nacimiento | Sexo M () F () | |
| 1994-10-04 | | 23 | GUATEMALA | FEMENINO | |
| Estado Civil | Ocupación | Nacionalidad | | Documento de Identificación | |
| CASADO | AMA DE CASA | GUATEMALTECA | | 2535032720101 | |
| En caso de emergencia notificar a | | Parentesco | Dirección | Teléfono | |
| HELMIA LOPEZ | | SUEGRA | 13 SV FINSL LT 37 ST A LA ISLA | 58714714 | |
| Fecha de la asistencia Médica | | Hora: 7:56:23 | Area de urgencia: OBTESTRICIA | | |
| 23/10/2017 | | MEDICINA | CIRUGIA | TRAUMA | OBSTETRICIA GINE |
| 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.