

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	No. Expediente Clínico	
ALVARADO	MEDINA	JOSE	PABLO	/201761892	
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
2005-04-15			12	GUATEMALA	Masculino
Estado Civil	Ocupación	Nacionalidad		No. De Cédula	
Soltero		GUATEMALTECO			
Nombre del Cónyuge		Dirección si difiere a la indicada			
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre:			
ARLET MEDINA		DARIO ALVARADO			
En caso de emergencia notificar a :		Parentesco	Dirección		Teléfono
Otras Hospitalizaciones		Referido de			
Fecha de Ingreso	Hora	Servicio	Fecha de egreso	Hora servicio	Dias de estancia
23/10/2017	11:10:28				
IMPRESIÓN CLINICA DE INGRESO					
Diagnóstico final: Enumere en orden de importancia					Código
Complicaciones					Código
Operaciones: Enumere en orden de importancia					Código
Egreso: () Vivo () Alta voluntaria () Involuntaria () Tranferido a otra institución					Referido a Consulta
() Muert () Antes de 48 horas () Después de 48 horas () Autopsia () si () No					Externa
Fecha			Firma y No. Clave de Médico Responsable		
Forma DRM - 401.-05					