

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala C.A.				NO.						
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		No. Expediente Clínico		
CAB		XOC		MARIA		OLIVIA		7285		
Fecha de Nacimiento (Dia Mes Año)			Edad		Lugar de Nacimiento			Sexo M () F ()		
1961-06-13			55		ALTA VERAPAZ, TACTIC			FEMENINO		
Estado Civil		Ocupación			Nacionalidad			Documento de Identificación		
SOLTERO		AMA DE CASA			GUATEMALTECA			1669 41646 1604		
En caso de emergencia notificar a			Parentesco		Dirección			Teléfono		
YANET XOC			HIJA		COBAN			53686090		
Fecha de la asistencia Médica			Hora:		Área de urgencia: MEDICINA					
2017-10-18			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.										