

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUATEMALA, C.A.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------|--------------------|------------------|-------|---|--------------|------------------------|---------------------|------------------|----------|--|
| 1er. Apellido | | 2do. Apellido | | 1er. Nombre | | 2do. Nombre | | No. Expediente Clinico | | | | |
| IBOY | | SOLARES | | ISABEL | | | | 2016-26508/201766161 | | | | |
| Dirección actual | | | Calle o lugar | | | Municipio | | Departamento | | Teléfono | | |
| ALDEA PUERTA PARADA | | | JATA CATARINA PINI | | | EMALA CALLEJON L | | GUATEMALA | | 54062245 | | |
| Dirección habitual | | | Calle o lugar | | | Municipio | | Departamento | | Teléfono | | |
| Fecha de nacimiento (Día | | | Mes | | Año) | | Edad en años | | Lugar de nacimiento | | Sexo | |
| 1945-11-05 | | | | | | | 72 | | GUATEMALA | | Femenino | |
| Estado Civil | | | Ocupación | | | Nacionalidad | | | No. De Cédula | | | |
| Casado | | | AMA DE CASA | | | GUATEMALTECA | | | 1683101550102 | | | |
| Nombre del Cónyuge | | | | | | Dirección si difiere a la indicada | | | | | | |
| SANTAANA ARIZANDIETA | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Padre: | | | | | | Nombre de la Madre: | | | | | | |
| FRANCISCO IBOY PINEDA | | | | | | ENGRACIA SOLARES | | | | | | |
| En caso de emergencia notificar a : | | | | | | Parentesco | | Dirección | | Teléfono | | |
| NANCY ARIZANDIETA | | | | | | HIJA | | | | 42206330 | | |
| Otras Hospitalizaciones | | | | | | Referido de | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Ingreso | | Hora | | Servicio | | Fecha de egreso | | Hora servicio | | Dias de estancia | | |
| 20/11/2017 | | 14:30:22 | | GRESO A HEMATO-C | | | | | | | | |
| IMPRESIÓN CLINICA DE INGRESO | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico final: Enumere en orden de importancia | | | | | | | | | | Código | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Complicaciones | | | | | | | | | | Código | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Operaciones: Enumere en orden de importancia | | | | | | | | | | Código | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Referido a Consulta | | | | | | | | | | | | |
| Egreso: () Vivo () Alta voluntaria () Involuntaria () Tranferido a otra institución Externa | | | | | | | | | | | | |
| () Muert () Antes de 48 horas () Después de 48 horas () Autopsia () si () No | | | | | | | | | | | | |
| Fecha | | | | | | Firma y No. Clave de Médico Responsable | | | | | | |
| Forma DRM - 401.-05 | | | | | | | | | | | | |