



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina



Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz

Materia: Medicina Forense

Docente: Dr. Daniel León

Semestre: 5to "A"

**Tema: historia clínica, certificado de defunción
y nacimiento**

Fecha: 24 / 09 / 2020



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Muestra 2017
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Andree Daniel Gómez Pérez		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO HONDURAS	
2. FECHA DE NACIMIENTO 12/9/2016		3. SEXO Hombre	
5. CURP GOMZD160912H0001		7. NACIONALIDAD Mexicana	
8. EDAD CUMPLIDA 2 años 10 meses 23 días		9. ESTADO CONYUGAL Soltero	
10. RESIDENCIA HABITUAL Fraccionamiento Magnolias		12. OCUPACIÓN HABITUAL No tenía	
11. ESCOLARIDAD Primaria		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD SEMAR	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Los gemelos hospital		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Fraccionamiento Victoria Camber	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15/07/2019 11:19		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Traumatismo craneocefálico		20. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS No		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE Accidental	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE Iba en camino hacia Margaritas, cuando pasó una moto, se accidentaron, murieron ambos.		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) Cónyuge	
25. CERTIFICADA POR Médico legista		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO No	
27. NOMBRE Ana Lúcia Hernández Saenz		28. DOMICILIO Y TELÉFONO Casa Magnolias	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Magnolias		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 17/07/2019	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO No		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Hospital María Eugenia	

Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz.
VII. Formato del Certificado de Nacimiento
Frente

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO 00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE
 Ana María Arqueta López

2. LUGAR DE NACIMIENTO
 Huehuetenango Guatemala

3. FECHA DE NACIMIENTO 12/01/2005 **4. ESTADO CIVIL** En unión libre **5. PAÍS DE NACIMIENTO** Guatemala

6. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
 Calle y número: 2228 Juaréz Colón
 Municipio o delegación: Chimusnique

7. NÚMERO DE HIJOS (AS) 1 **8. EL (LA) PADRE (A) ANTERIOR** Vivo **9. FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE (A)** 07/01/2004

10. ORDEN DEL NACIMIENTO 1 **11. ATENCIÓN PRENATAL** 11.1 (Recibió atención?) Sí **11.2 Tratamiento en el que recibió la primera consulta** 11.3 Total de consultas recibidas 15

12. ¿VIVE LA MADRE? Sí **13. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD** IMSS **14. ESCOLARIDAD** Primaria completa **15. OCUPACIÓN HABITUAL** Se ignora

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 12/01/2005 11:01:30 **17. SEXO** Femenino **18. EDAD GESTACIONAL** 38 Semanas

19. TALLA 1.40 **20. PESO AL NACER** 3.628 **21. APGAR** 10 **22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS** Vitamina K **23. TAMEZ RECENITAL** Sí **24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO** Útero

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO Ninguna

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal **27. CENTRO DE ATENCIÓN DEL PARTO** Secretaría de Salud **28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO** Enfermera **29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO** A-38 Miguel Alemán Comitán de Dom. 29.2 Colonia 29.3 Localidad 29.4 Municipio o delegación 29.5 Entidad federativa

30. NOMBRE Ana Lucia Hernández Saenz

31. CERTIFICADO POR Médico **32. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?** Sí **33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?** Sí **34. DOMICILIO Y TELÉFONO** A-38 Aguas Calientes Comitán 34.3 Localidad 34.4 Municipio o delegación 34.5 Entidad federativa **35. FIRMA** 35.1 Calle y número 35.2 Colonia 35.3 Localidad 35.4 Municipio o delegación 35.5 Entidad federativa **36. FECHA DE CERTIFICACIÓN** 22/06/2005

37. HUELLA DEL PIE DERECHO DEL BEBÉN NACIDO **38. HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE**

ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE PEDIATRIA
HISTORIA CLINICA PEDIATRICA

Nombre: Diego Roselio Saenz Lopez. Fecha: 24/09/2020
No. Afiliación: -
Fecha de nacimiento: 23/09/2014 Edad: 6 años Género: M F
Informante (parentesco): - Edad: 6 años Escolaridad: Primaria
Religión: Católica Discapacidad Si No Idioma Español Otro - Lengua: -

PADECIMIENTO ACTUAL

Síntomas en orden cronológico y tiempo de evolución. Describa por separado cada uno de los síntomas, con la evolución de sus características, desde el inicio hasta el momento actual.

Presenta dolor estomacal desde hace 4 días, que se irradia hacia el ombligo, además de eso presenta fiebre, vómitos y sangrado en el pene. Hace 2 días tuvo tos moderada, mantuvo fiebre por la noche pero hoy ya no presenta ningún síntoma más. Le duele mucho y quiere estar todo el día acostado, no come, ni bebe. Al baño se dirige 8 veces al día. Dice haber comido algo en la calle.

APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico: Normal.
Respiratorio: Se le dificulta cuando habla.
Digestivo: Diarrea frecuente.
Cardiovascular: Normal.
Genitourinario-Renal: Sangrado al momento de micción.
Musculo-esquelético: Normal.
Piel y anexos: Normal.

Diagnósticos previos: Salmonelosis.

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: Uritivo para salmonella typhi, biometría hemática, entre otros.

Terapéutica previa: -

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive: si no Edad: 28 años Escolaridad: Universidad
Ocupación: Enfermera Gesta: 3 Parto: 3 Abortos: X Cesáreas: X
Toxicomanías: si no Especifique: -
Padre vive: si no Edad: 29 años Escolaridad: Preparatoria
Ocupación: Comerciante Toxicomanías: si no Especifique: -
Hermanos: número 2 Vivos: 2 Edades: 3 y 13 años
Muertos: Causa (s): -

Padecimientos heredofamiliares:
(marque con una X los positivos)

Negativos:

Positivos:

Diabéticos:
Hipertensión:
Neurológicos:
Especificar: _____

Cardiópatas:
Hematológicos:
Malf. Congénitas:

Nefrópatas:
Oncológicos:
Alérgicos:

Contacto con enfermedades infecciosas: si no Especificar: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Perinatales

Embarazo No.: _____ Curso normal: si no Causa: _____
Gestación: _____ Semanas. Sitio de atención del parto: _____
Parto eutócico: si no Causa: _____
Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. Rup. Pret. membran. si no horas: _____
Anestesia: si no Cual: _____
Apnea neonatal: _____ Convulsiones: _____ Hemorragias: _____ Ictericia: _____
Cianosis: _____ Otros: _____ Especifique _____
Información adicional: _____

PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alimentación: si no Duración: 12 meses. Ablactación: 6 meses
Pecho materno: si no Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: 3
Destete: 12 meses.

Leche: 7 Huevo: 7 Frutas: 7 Cereales: 7
Verduras: 7 Leguminosas 7

INMUNIZACIONES: DOSIS Y EDAD AL MOMENTO DE APLICACIÓN. Marque con una cruz

BCG al nacer Sabin al nacer 2 m 4 m 6 m Dosis adicionales campañas ()

Hepatitis B al nacer 2 meses 6 meses Refuerzos ()

Pentavalente acelular: DPaT+VPI+Hib: 2 m 4 m 6 m Refuerzo 18 m ()

Rotavirus 2 m 4 m () Antineumocócica conjugada 2 m 4 m Refuerzo 12 m ()

Pentavalente esquema previo DPT+HB+Hib: 2 m 4 m () 6 m () Refuerzo 18 m ()

Influenza: 6 m 7 m anual Fecha última aplicación: 18/08/2020

DPT REFUERZO: 4 a () Sarampión, rubéola, parotiditis: 1 a () Refuerzo 6 a

Vacunas adicionales (anote tipo de vacuna, dosis y edad de administración)

Desarrollo psicomotor (precisar la edad en meses)

Seguió objetos: 4 Sonrió: 1 Sostuvo la cabeza: 4 Se sentó: 5

Caminó: 12 Control de esfínteres: Vesical: 14 Anal: 14

Escolaridad actual: Primaria Años escolares reprobados: Ninguno.

Datos anormales en el desarrollo: Ninguno.

Desarrollo puberal

Inicio de: Telarca: _____ Pubarca: _____ Adrenarca: _____

Edad de espermaturia: _____

Ciclos Menstruales: Frecuencia: _____ Duración: _____ Cantidad: _____ (num. toallas promedio/día)

Dismenorrea: si no Uso de anticonceptivos: Si ¿Cuál? _____ No NA _____

Habitación:

Eliminación de excretas: Fecalismo: _____ Letrina: _____ Tipo inglés: _____

Agua intradomiciliaria: si no Baño familiar: si no Comunal: _____

Convivencia con animales: si no Cual (es): PERRO.

Piso de la casa: Tierra: _____ Cemento: X Recubrimiento: _____

Número de cuartos en la casa 4 (excluir cocina y baño) Número de personas que duermen en la casa 6 (incluir a todo los niños)

Refrigerador: si no Teléfono: si no Automóvil: si no

Exposición a sustancias tóxicas: si no Cuales: _____

Personales patológicos (especifique todas las enfermedades) INCLUYA ALERGIAS Y EFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS

Alergia al polvo y comida de ganado realizado en la finca.

EXPLORACION FISICA

Peso: 20 Kg. Talla: 142 cm. P. cef. 15 cm. P. Brazo 10 cm.
P. pierna: 15 cm. Seg. sup: 12 cm. Seg. inf.: 13 cm.
F.C.: 105 x' F.R.: 22 x' Temp: 37.5 °C. T.A.: 100/70

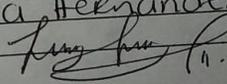
Aspecto General

Piel y faneras: Normal.
Cabeza: Normal.
Ojos: LIDROSOS y en tono ROJIZO.
Oídos: Normal.
Boca y faringe: Falta de sed.
Cuello: Normal.
Tórax: Normal.
a) Ap. Resp.: Disnea.
b) Ap. Card.: Normal.
Tanner mamario: -
Abdomen: DOLOR en hipocondrio izquierdo.
Extremidades: Normal
Genitales: Sangrado en pene.
Tanner genital: Normal.
Año y recto: Normal.
Tanner púbico: Normal.
Vas. Periférico: Normal.
Neurológico: Normal.
Col. Vertebral: Normal.

Nombre del médico que realizó la historia:

Ana Lucia Hernández Saenz.

Firma



Nombre y firma del médico que revisó la historia: