



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

Nombre: SALGADO PARDO JOSE MANUEL Fecha: 24 de septiembre de 2020  
No. Afiliación: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: 19 de septiembre de 2017 Edad: 6 años Género:  M  F  
Informante (parentesco): HIJO Edad: 6 años Escolaridad: prescolar  
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.

Inicia su padecimiento actual a las 7 de la mañana, presenta de manera subida dolor abdominal en mesogastrio, sin irradiación y sin ningún fenómeno exacerbarte o atenuantes.

**APARATOS Y SISTEMAS**

Neurológico: Niega mareos, vértigo, parestia, sincopes, traumas, convulsiones.  
Respiratorio: Niega tos, no presenta disnea, niega hemoptisis, niega tos con vómica, no presenta cianosis  
Digestivo: Niega disfagia, Vómitos, presenta distensión abdominal, Presenta dolor abdominal, Diarrea moderada, eructos excesivos, niega tenesmo/pujo, a veces presenta estreñimiento. Presenta nauseas.  
Cardiovascular: Niega Disnea, no presenta edema, no presenta ortopnea y trepopnea, no presenta soplos  
Genitourinario-Renal No hay poliuria, polaquiuria, oliguria, hematuria, no presenta anuria, disuria, secreciones, etc.  
Musculo-esquelético: No presenta artralgias, presenta mialgias leves, no presenta lumbalgias, rigidez, leves calambres.  
Piel y anexos: No presenta ningún rasgo aparente, más que nada un poco de palidez de tegumentos.

Diagnósticos previos: Posible intolerancia a la lactosa.

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: BH, Química sanguínea, radiografía abdominal

Terapéutica previa: Cambio de leche por el momento



Leche:  Huevo:  Frutas:  Cereales:   
Verduras:  Leguminosas

**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: Aplicación hace dos meses 23 de julio de 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)

Siguió objetos:  Si  No Sonrió:  Si  No Sostuvo la cabeza:  Si  No Se sentó:  Si  No

Caminó:  Si  No Control de esfínteres: Vesical:  SI  SI Anal:  SI  SI

Escolaridad actual: Tercero de guardería Años escolares reprobados: 3 años

Datos anormales en el desarrollo: Ninguno

**Desarrollo puberal**

Inicio de: Telarca:  Pubarca:  Adrenarca:

Edad de espermaquia:

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:  Comunal:

Convivencia con animales:  si  no Cual (es):

Piso de la casa: Tierra:  Cemento:  Recubrimiento:

Número de cuartos en la casa 4 Cuartos (excluir cocina y baño): Número de personas que duermen en la casa 6 personas (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**

NO presenta alergias a medicamentos (Antibióticos, Aines), no presenta alergias a alimentos, no presenta alergias a sustancias químicas

## EXPLORACION FISICA

Peso: 19,91 kg Kg. Talla: 112,77 cm cm. P. cef: 50 cm cm. P. Brazo cm.  
P. pierna: cm. Seg. sup: cm. Seg. inf.: cm.  
F.C.: 60-100 x' F.R.: 15-20 x' Temp: 36.7 °C. T.A.: <120/80

### Aspecto General

Piel y faneras: Color normal, la pigmentación, temperatura normal a su edad, higiene conservada a su edad y sexo.

Cabeza: Acorde a biotipo, raza, edad y sexo. Movimientos de flexión, extensión, rotación, flexión lateral y lateralización conservados

Ojos: Ojos de color x, pupilas redondas, de igual tamaño en ambos ojos, no lesiones de iris, conjuntivas ni córneas, pestañas con implantación adecuada en los bordes de los párpados y cejas completas. Reflejo fotomotor, agudeza visual, campimetría, fondo de ojo

Oídos: Inspección: inspección: orejas de buena implantación, pabellones auriculares sin deformidades, pabellón auricular derecho e izquierdo (simetría, implantación, posición). Conductos auditivos externos derecho e izquierdo sin lesiones, ni obstrucciones (secreciones, color, permeabilidad, inflamación)

Boca y faringe: Inspección: comisuras labiales (simetría), labios, mucosas, amígdalas, faringe, lengua (color, sabores) (color, inflamación, hidratación, continuidad, color, exudados)

Cuello: Acorde al biotipo (ancho y corto en brevilineos o largo y delgado en normolíneos), flexible, no doloroso a los movimientos de flexión, extensión, flexión lateral, rotación y lateralización, no adenopatías, no ingurgitación yugular, pulsos carotídeos presentes y sincronicos

Tórax: Tórax bien desarrollada, con buen tono o aumentado, respiración, amplexion normal, no presenta pectus excavatum

a) Ap. Resp.: Inspección: tórax simétrico, acorde al biotipo. Paciente con tipo respiratorio (costal superior, costal o diafragmático), respiración rítmica, buena expansibilidad torácica. Fr de 12-20 respiraciones x minuto; palpación: buena expansibilidad torácica que se comprueba con la maniobra de vértices y bases, vibraciones vocales conservadas; percusión: sonoridad pulmonar conservada; auscultación: murmullo vesicular conservado, a la auscultación de la voz normal.

b) Ap. Card.: Latido de la Punta visible en 5º espacio intercostal línea medio clavicular, único, rítmico y que abarca un área de 2 a 3cm de diámetro; y (2.) latido de la punta no visible pero palpable en 5º espacio intercostal línea medio clavicular, único, rítmico y que abarca un área de 2 a 3cm de diámetro

Tanner mamario:

Abdomen: Hígado: no palpable con ninguna de las maniobras, vesícula biliar: no se evidencia dolor a la palpación, punto doloroso negativo; páncreas: no palpable con ninguna de sus maniobras, punto pancreático negativo; apéndice: puntos dolorosos de morris, monro, mc. Burney, lanz y sonnenburg negativos; maniobra de blumberg: negativa; maniobra de rowsing: negativa

Extremidades: Extremidades acordes a su edad, ninguna malformación ni en músculos, ni en huesos. Articulaciones.

Genitales: Genital masculino: distribución de vello, color, transiluminacion correcta, la consistencia de testículos normales, reflejo cremasico

Tanner genital:

Ano y recto: Aspecto de la región perianal, sin fisuras, sin fistulas, sin masas, tono normal del esfínter, tacto rectal normal, paredes, sensibilidad se encuentran normales

Tanner púbico:

Vas. Periférico:

Neurológico: Examen neurológico Glasgow 15 de 15, respuesta ocular: 4, respuesta verbal: 5. Respuesta motora: 6. Nervios craneales normales.

Col. Vertebral: (Inspección: no deformidades, no tumefacción o edema de las partes blandas, piel sin cambios de coloración; palpación: no dolor a la palpación, no aumento de volumen o depresiones óseas, movilidad normal, no crepitación)

Nombre del médico que realizó la historia:	Jesus Alberto Perez Dominguez
Nombre y firma del médico que revisó la historia:	Firma

 SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

MARZO 2017 FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: *Gerardo Morales Vasquez*



CERTIFICADO DE NACIMIENTO

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

00000000

**DATOS DE LA MADRE**

1. NOMBRE: Andrés Alberto Ramos (Nombre (s)), 5a Calle (Apellido paterno), 5a Calle (Apellido materno)

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): \_\_\_\_\_ Se ignora

2. LUGAR DE NACIMIENTO: Margaritas (Municipio o delegación), Chiapas (Entidad federativa o país (si es extranjero))

3. FECHA DE NACIMIENTO: 19/06/2019 (Día, Mes, Año)

4. ESTADO CONYUGAL: En unión libre  Separada  Divorciada  Viuda  Soltera  Casada  Se ignora

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: 3a Calle (Calle y número), Piñón (Código postal), Margaritas (Municipio o delegación), Chiapas (Entidad federativa o país (si es extranjero)), 763701810 (Teléfono)

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (Analyze of actual): 01 Se ignora

7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS): 01 Se ignora

8. NÚMERO DE PELOS (AS): 01 Se ignora  (Si el niño (a) vive (a)), 01 Se ignora  (Si el niño (a) murió (a))

9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO: 01 Se ignora  (Si el niño (a) vive (a)), 01 Se ignora  (Si el niño (a) murió (a))

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considera vivos, muertos, nacidos): 01 Se ignora

11. ATENCIÓN PRENATAL: 01 Se ignora  (Si recibió atención), 01 Se ignora  (Si no recibió atención)

11.1 Recibió atención: 01 Se ignora  (Si), 02 Se ignora  (No)

11.2 Tipo de atención: 01 Se ignora  (Primario), 02 Se ignora  (Segundo), 03 Se ignora  (Tercero)

11.3 Total de consultas: 01 Se ignora

12. ¿VIVE LA MADRE?: 01 Sí, 02 No

12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: \_\_\_\_\_

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  IMSS  PEMEX  SEMAR  BMS Oportunidades  Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliado: \_\_\_\_\_

14. ESCOLARIDAD: Ninguna  Primaria incompleta  Secundaria incompleta  Bachillerato o preparatoria incompleta  Profesional  Se ignora  Primaria completa  Secundaria completa  Bachillerato o preparatoria completa  Postgrado

15. OCUPACIÓN HABITUAL: comerciante Se ignora  15.1 Trabajo actualmente: 01 Sí, 02 No, 03 Se ignora

**DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO**

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 19/06/2019 11:33 (Día, Mes, Año, Hora, Minutos)

17. SEXO: 01 Hombre, 02 Mujer

18. TALLA: 38 Centímetros

19. PESO AL NACER: 3,800 Gramos

20. APGAR (a los cinco minutos): 10

21. SEVERIDAD (a los cinco minutos): 0,8

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: Vitamina K 01 Sí, 02 No; 22.1 BCG 01 Sí, 02 No; 22.2 Hepatitis B 01 Sí, 02 No; 22.3 (A) 01 Sí, 02 No; 22.4 (B) 01 Sí, 02 No

23. TAMEZ NEONATAL: 23.1 Metabólico 01 Sí, 02 No; 23.2 Auditivo 01 Sí, 02 No

24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Único  Gemelar  Trío o más

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: a) Ninguna aparente, b) Ninguna aparente

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO: Parto normal  Cesárea  Fórceps  Otro  Especifique: \_\_\_\_\_

27. SITO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Secretaría de Salud  ISSSTE  SEDENA  IMSS Oportunidades  Otra unidad pública  Hospital General Cardel (Hospital General Cardel) (Unidad médica privada)  27.1 Número de la unidad médica: \_\_\_\_\_, 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_, 27.3 Lugar: \_\_\_\_\_, 27.4 Otro lugar: \_\_\_\_\_

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: Médico  Enfermera  Parto asistido por la Secretaría de Salud  Parto  Otro  Especifique: \_\_\_\_\_

29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: 9a Calle Sur frente al Barrio San Sebastián Comitán, Chiapas (Calle y número), Comitán (Código postal), Chiapas (Localidad), Comitán (Municipio o delegación), Chiapas (Entidad federativa)

**DATOS DEL CERTIFICANTE**

30. NOMBRE: Letricia Salazar Domínguez (Nombre (s)), Salazar (Apellido paterno), Domínguez (Apellido materno)

31. CERTIFICADO POR: Médico  Médico gineco-obstetra  Otro médico  Enfermera  Parto asistido por la Secretaría de Salud  Parto  Autoridad civil  Especifique: \_\_\_\_\_

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 98765432 (Número de cédula profesional)

32. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?: 32.1 Nombre de la unidad médica: \_\_\_\_\_, 32.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_

34. DOMICILIO Y TELÉFONO: Margueta #2 lot 33 (Calle y número), Magisterial (Código postal), Chiapas (Localidad), Comitán (Municipio o delegación), Chiapas (Entidad federativa), 963106056 (Teléfono)

35. FIRMA: [Firma]

36. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 20/06/2020 (Día, Mes, Año)

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECÉN NACIDO: \_\_\_\_\_

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

FIRMA DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ: \_\_\_\_\_

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