



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**DOCUMENTOS LEGALES**

---

**Materia: Medicina Forense**

**Presenta: Jesús Alejandro Morales Pérez**

**5 A**

**Medicina Humana**



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

Nombre: Mario Abdiel Aguilar Sanchez Fecha: 24/09/20  
No. Afiliación: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: 21/11/99 Edad: 21 Género:  M  F  
Informante (parentesco): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Escolaridad: Preparatoria  
Religión:  Cristiano  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 de cabeza, fiebre no cuantificada, náuseas, odinofagia, fatiga, disnea y tos húmeda y productiva.

Refiere que el día de ayer en la mañana presentó empeoramiento del cuadro, lo que lo llevó a consultar en el IMSS.

El paciente afirma que la fiebre ha estado acompañada de escalofrío y sudoración, pero que no la ha cuantificado, respecto al dolor de cabeza afirma que es unilateral con predominio en la región temporal derecha, con una intensidad de 7/10 de EVA.

Respecto a la tos, el paciente afirma que es húmeda y productiva, de mayor intensidad en la noche y con expectoración frecuente, blanquecina, esta tos se presentó hace aproximadamente 8 días.

El paciente afirma sentir que su cuadro ha empeorado significativamente desde el inicio y refiere no haber tomado ninguna clase de medicamentos para mejorar el cuadro.

**APARATOS Y SISTEMAS**

Neurológico: Sin alteraciones

Respiratorio: Refiere leve disnea

Digestivo: Sin alteraciones

Cardiovascular: Sin alteraciones

Genitourinario-Renal: Acorde a la edad, sin alteraciones

Musculo-esquelético: Sin alteraciones

Piel y anexos: Sin alteraciones

Diagnósticos previos: \_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: \_\_\_\_\_

Terapéutica previa: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive:  si  no Edad: 47 años Escolaridad: Licenciatura  
Ocupación: Maestra Gesta: 2 Parto: 3 Abortos: 0 Cesáreas: 0  
Toxicomanías:  si  no Especifique: \_\_\_\_\_  
Padre vive:  si  no Edad: 49 años Escolaridad: Licenciatura  
Ocupación: Maestro Toxicomanías:  si  no Especifique: \_\_\_\_\_  
Hermanos: número 2 Vivos: 2 Edades: 13 años y 24 años  
Muertos: 0 Causa (s): \_\_\_\_\_

Padecimientos heredo-familiares:  
(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.: 2 Curso normal:  si  no Causa: \_\_\_\_\_  
Gestación: 30 Semanas. Sitio de atención del parto: Sanatorio Uyoa  
Parto eutócico:  si  no Causa: \_\_\_\_\_  
Peso: 3.500 Kg. Talla: \_\_\_\_\_ cm. Rup. Pret. membran.  si  no horas: 22:15pm  
Anestesia:  si  no Cual: \_\_\_\_\_  
Apnea neonatal:  no Convulsiones:  no Hemorragias:  no Ictericia:  no  
Cianosis:  no Otros: \_\_\_\_\_  
Información adicional: \_\_\_\_\_  
Especifique

### PERSONALES NO PATOLÓGICOS

#### Alimentación:

Pecho materno:  si  no Duración: 8 meses. Ablactación: 10 meses  
Destete: 14 meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: 5

Leche: 5 Huevo: 2 Frutas: 4 Cereales: 4  
Verduras: 7 Leguminosas 5

**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: 15 de diciembre

2019

**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: 3 meses Sonrió: 1er mes Sostuvo la cabeza: 6 meses Se sentó: \_\_\_\_\_

Caminó: 11 meses Control de esfínteres: Vesical: 24 meses Anal: 26 meses

Escolaridad actual: Universidad Años escolares reprobados: \_\_\_\_\_

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: x

Agua intradomiciliaria: x si no Baño familiar: \_\_\_\_\_ Comunal: \_\_\_\_\_

Convivencia con animales: x si no Cual (es): Perros

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 5 (incluir a todo los niños)

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

Exposición a sustancias tóxicas: si x no Cuales: \_\_\_\_\_

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

El paciente refiere que cuando era niño presentó asma, la cual fue tratada y actualmente no utiliza medicamentos para esa patología.

### EXPLORACION FISICA

Peso: 73 Kg. Talla: 86 cm. P. cef: cm. P. Brazo 23 cm.  
P. pierna: 45 cm. Seg. sup: cm. Seg. inf.: cm.  
F.C.: 87 x' F.R.: 19 x' Temp: 35.7 °C. T.A.: 118/80mmhg

#### Aspecto General

Piel y faneras: Sin alteraciones  
Cabeza: Refiere dolor temporal derecho  
Ojos: Sin alteraciones  
Oídos: Sin alteraciones  
Boca y faringe: Refiere dolor e inflamación en amígdalas  
Cuello: Sin alteraciones  
Tórax: Sin alteraciones  
a) Ap. Resp.: Refiere leve disnea  
b) Ap. Card.: Sin alteraciones  
Tanner mamario:  
Abdomen: Sin alteraciones  
Extremidades: Sin alteraciones  
Genitales: Sin alteraciones  
Tanner genital: Sin alteraciones, acorde a edad  
Año y recto: Sin alteraciones  
Tanner púbico: Sin alteraciones, acorde a la edad  
Vas. Periférico: Sin alteraciones  
Neurológico: Sin alteraciones  
Col. Vertebral: Sin alteraciones

Nombre del médico que realizó la historia: Jesús Alejandro Morales Perez  
Firma  
Nombre y firma del médico que revisó la historia: Diana Carolina Domínguez Abarca



# VII. Formato del Certificado de Nacimiento Frente

**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE NACIMIENTO**

FOLIO  
000000000

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

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

**DATOS DE LA MADRE**

1. NOMBRE: Diana Carolina Dominguez Abasco  
Nombre (s) Apellido (paterno) Apellido (materno)

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP): N31CA71011018HICISLIP0015 Se ignora 0 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO: Comitan de Domínguez, Mexicana  
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO: 11/09/1999  
3.1 Día 3.2 Mes 3.3 Año

4. ESTADO CONYUGAL: En unión libre  
4.1 En unión libre 4.2 Separada 4.3 Divorciada 4.4 Viuda 4.5 Soltera 4.6 Casada 4.7 Se ignora 0 99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: México #201, Comitan de Domínguez, Comitan de Domínguez, Chiapas  
5.1 Calle y número 5.2 Colonia 5.3 Localidad 5.4 Municipio o delegación 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) 5.6 Teléfono

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): 01 Se ignora 0 99

7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS): 01 Se ignora 0 99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS): 01 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) 8.2 Sobrevivientes 8.3 Se ignora 0 99

9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ: Vivo  
9.1 Vivo (a) 9.2 Fecha de espaldado del hijo (a) del embarazo anterior 9.3 Muerto (a) 9.4 No ha tenido otros hijos (as) 9.5 Se ignora 0 99

10. ORDEN DEL NACIMIENTO: 1  
10.1 Considero vivas, muertas, múltiples 10.2 Se ignora 0 99

11. ATENCIÓN PRENATAL: 11.1 Recibió atención? Sí  
11.2 Transmisión en el que recibió la primera consulta 11.3 Total de consultas recibidas 11.4 Se ignora 0 99

12. ¿VIVE LA MADRE? Sí  
12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Seguro Popular  
13.1 Ninguna 13.2 IMSS 13.3 PEMEX 13.4 SEDENA 13.5 SF/AR 13.6 IMSS Oportunidades 13.7 Otra 13.8 Se ignora 0 99

14. ESCOLARIDAD: Primaria incompleta  
14.1 Ninguna 14.2 Primaria completa 14.3 Secundaria incompleta 14.4 Secundaria completa 14.5 Bachillerato o preparatoria incompleta 14.6 Bachillerato o preparatoria completa 14.7 Profesional 14.8 Posgrado 14.9 Se ignora 0 99

15. OCUPACIÓN HABITUAL: Estudiante  
15.1 Se ignora 0 99 15.2 Trabaja actualmente 15.3 No 15.4 Se ignora 0 99

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 23/09/2020 11:47:51  
16.1 Día 16.2 Mes 16.3 Año 16.4 Hora 16.5 Minutos

17. SEXO: Varón  
17.1 Varón 17.2 Mujer 17.3 Se ignora 0 99

18. EDAD GESTACIONAL: 37 Semanas

19. TALLA: 150 Centímetros

20. PESO AL NACER: 3.500 Kilogramos

21. APGAR (a los cinco minutos): 110  
21.1 APGAR 1 21.2 APGAR 2

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 22.1 BCG Sí 22.2 Hepatitis B Sí 22.3 (A) Sí 22.4 (H) Sí  
22.1 BCG 22.2 Hepatitis B 22.3 (A) 22.4 (H) 22.5 Vitaminas 22.6 Cianuros 22.7 Se ignora 0 99

23. TAMIZ NEONATAL: 23.1 Metabólico Sí 23.2 Auditivo Sí  
23.1 Metabólico 23.2 Auditivo 23.3 Unico 23.4 Gemelar 23.5 Tres o más 23.6 Se ignora 0 99

24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Unico  
24.1 Unico 24.2 Gemelar 24.3 Tres o más 24.4 Se ignora 0 99

25. ANOMALÍAS CONGENITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: CLAVE CIE-10

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO: Parto normal  
26.1 Parto normal 26.2 Cesárea 26.3 Fórceps 26.4 Otro 26.5 Especifique

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Secretaría de Salud  
27.1 Secretaría de Salud 27.2 ISSSTE 27.3 SEDENA 27.4 Oportunidades 27.5 Otra unidad pública 27.6 Unidad médica privada 27.7 Se ignora 0 99

27.1 Nombre de la unidad médica: Comitan de Domínguez  
27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: Médico  
28.1 Médico 28.2 Enfermera 28.3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 28.4 Partera 28.5 Otro 28.6 Se ignora 0 99

29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: Comitan, Chiapas  
29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad 29.4 Municipio o delegación 29.5 Entidad federativa

30. NOMBRE: Comitan  
30.1 Nombre (s) 30.2 Apellido paterno 30.3 Apellido materno

31. CERTIFICADO POR: Médico  
31.1 Médico 31.2 Médico podiatra 31.3 gineco-obstetra 31.4 Otro médico 31.5 Enfermera 31.6 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 31.7 Partera 31.8 Autoridad civil 31.9 Especifique

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Sí  
32.1 Sí 32.2 No 32.3 Se ignora 0 99

33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?: Comitan  
33.1 Nombre de la unidad médica 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

34. DOMICILIO Y TELÉFONO: 4ta Av Pte #305 Santa Ceala, Comitan  
34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad 34.4 Municipio o delegación 34.5 Entidad federativa 34.6 Teléfono

35. FIRMA: [Firma]

36. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 23/09/2020  
36.1 Día 36.2 Mes 36.3 Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN 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