



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

| | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------|--|---------|---|------------------------|--|
| Nombre: | Rodrigo Alfonzo morales esteban | Fecha: | 24 de septiembre 2020 | | | | |
| No. Afiliación: | 40nc94181237829J | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: | 02 de noviembre del 2000 | Edad: | 19 | Género: | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | |
| Informante (parentesco): | | Edad: | | años | Escolaridad: | Estudiante universidad | |
| Religión: | catolico | Discapacidad | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | Idioma | Español <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | 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.

Dolor abdominal en epigastrio con tiempo de duración de 2 días, cefalea de 20 horas de duración con una intensidad moderada

APARATOS Y SISTEMAS

| | |
|----------------------|--|
| Neurológico: | |
| Respiratorio: | |
| Digestivo: | |
| Cardiovascular: | |
| Genitourinario-Renal | |
| Musculo-esquelético: | |
| Piel y anexos: | |

Diagnósticos previos: Gastritis

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: Sin exámenes previos

Terapéutica previa: Omeprazol una diaria sin apego a tratamiento

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive: Edad: 55 años Escolaridad: Primaria
si no

Ocupación: Ama de casa Gesta: 3 Parto: 3 Abortos: 0 Cesáreas: 1

Toxicomanías: Especifique: -----
si no

Padre vive: Edad: 60 años Escolaridad: secundaria
si no

Ocupación: Chofer Toxicomanías: Especifique: -----
si no

Hermanos: número 2 Vivos: 1 Edades: 27, 31

Muertos: 1 Causa (s): Paro cardiorrespiratorio

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: Especificar: -----
si no

ANTECEDENTES PERSONALES

Perinatales

Embarazo No.: ----- Curso normal: Causa: -----
si no

Gestación: ----- Semanas. Sitio de atención del parto: -----

Parto eutócico: Causa: -----
si no

Peso: ----- Kg. Talla: ----- cm. Rup. Pret. membran. horas: -----
si no

Anestesia: Cual: -----
si no

Apnea neonatal: Convulsiones: Hemorragias: Ictericia:

Cianosis: Otros: -----
Especifique

Información adicional: -----

PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alimentación:

Pecho materno: Duración: 12 meses. Ablactación: 5 meses
si no

Destete: 12 meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: 4

Leche: 6 Huevo: 7 Frutas: 7 Cereales: 4
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: diciembre de 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)

Significó objetos: 3 mese Sonrió: 4 mese Sostuvo la cabeza: 6 meses Se sentó: 4 mese

Caminó: 8 meses Control de esfínteres: Vesical: 24 meses Anal: 18 meses

Escolaridad actual: Universidad Años escolares reprobados: ninguno

Datos anormales en el desarrollo: Sin importancia

Desarrollo puberal

Inicio de: Telarca: Pubarca: 12 años Adrenarca:

Edad de espermaquia: 11 años

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

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

Habitación:

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

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

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

Piso de la casa: Tierra: Cemento: Recubrimiento: x

Número de cuartos en la casa 8 (excluir cocina y baño): Número de personas que duermen en la casa 3 (incluir a todo los niños)

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

Exposición a sustancias tóxicas: x Cuales:
si no

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

Obesidad grado 2, rinitis alérgicas

EXPLORACION FISICA

Peso: 97 Kg. Talla: 171 cm. P. cef: cm. P. Brazo 42 cm.
P. pierna: 75 cm. Seg. sup: cm. Seg. inf.: cm.
F.C.: 79 x' F.R.: 17 x' Temp: 36.6 °C. T.A.: 110/70

Aspecto General

Piel y faneras: Sin datos irregulares

Cabeza: Sin datos que tengan importancia

Ojos: Normales sin daños

Oídos: Normales

Boca y faringe: normal

Cuello: Sin datos de importancia

Tórax: Sin datos de importancia

a) Ap. Resp.:

b) Ap. Card.:

Tanner mamario:

Abdomen: Sin datos de importancia

Extremidades: Sin datos de importancia

Genitales: Con forme a edad y sexo

Tanner genital: Con forme a edad y sexo

Ano y recto: Sin datos de importancia

Tanner púbico: Con forme a edad y sexo

Vas. Periférico:

Neurológico: Sin datos de importancia

Col. Vertebral: Sin datos de importancia

Nombre del médico que realizó la historia: Angel jose ventura trejo

Firma AJVT

Nombre y firma del médico que revisó la historia:



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2010
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 Luz Heribela Truso Apellido paterno Hernandez Apellido materno Se ignora 99

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____

2. LUGAR DE NACIMIENTO Margaritas 2.1 Municipio o delegación Chiapas 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO 16/02/1968 4. ESTADO CONYUGAL En unión libre 15 Separada 16 Divorciada 13 Viuda 14 Soltera 12 Casada 11 Se ignora 99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Calle Carretera 5.1 Calle y número 2 y de abado 5.2 Colonia Comitán 5.3 Localidad 6631702954 Comitán 5.4 Municipio o delegación Chiapas 5.5 Entidad federativa o país (si made en el extranjero) 5.6 Teléfono

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 03 Se ignora 99

7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) 03 Se ignora 99

8. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIDO Vivo (a) 1 → 9.1 Vive aún: Si 1 No 2 Muerto (a) 2 Se ignora 99 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior 10/30/1993 No ha tenido otros hijos (as) 3 Se ignora 99 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta 03 11.3 Total de consultas recibidas

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considera vivos, muertos, múltiples) Se ignora 99

11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? Si 1 No 2 Se ignora 99 11.2 Primer trimestre en el que recibió la primera consulta 03 11.3 Total de consultas recibidas 04 Se ignora 99

12. ¿VIVE LA MADRE? Si 1 No 2 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____ 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 Se ignora 99 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10

14. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 6 Profesional 8 Se ignora 99 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 7 Posgrado 19

15. OCUPACIÓN HABITUAL ama de casa Se ignora 99 15.1 Trabaja actualmente Si 1 No 2 Se ignora 99

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 02/11/2008 23:40 17. SEXO Hombre 1 Mujer 2 18. EDAD GESTACIONAL 41.6 Semanas

19. TALLA 51 Centímetros 20. PESO AL NACER 3.850 Gramos 21.1 APGAR (a los cinco minutos) 11 21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos) 51

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS Vitaminas Si 1 No 2 23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico Si 1 No 2 23.2 Auditivo Si 1 No 2 23.3 Único 1 Gemelar 2 Tres o más 3

22.1 BCG Si 1 No 2 22.2 Hepatitis B Si 1 No 2 22.3 (A) Si 1 No 2 22.4 (K) Si 1 No 2

25. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) _____ b) _____

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal 1 Cesárea 2 Fórceps 3 Otro 8 Especifique _____

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud 1 ISSSTE 4 SEDENA 6 Oportunidades 2 Otra unidad pública 8 27.1 Nombre de la unidad médica _____ Via pública 11 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 10 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Hogar 12 Otro lugar 13

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico 1 Enfermera 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 3 Partera 4 Otro 8 Especifique _____

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

DATOS DEL CERTIFICANTE

30. NOMBRE Ansu Jose Ventura Truso Nombre (a) Apellido paterno Apellido materno

31. CERTIFICADO POR Médico pediatra 1 Médico gineco-obstetra 7 Otro médico 2 Enfermera 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Partera 5 Autoridad civil 6 Especifique _____

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4596717 33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? 33.1 Nombre de la unidad médica _____ 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____

34. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Carretera Francisco medero Tuxtla Gutierrez 34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad 9612719391 34.4 Municipio o delegación 34.5 Entidad federativa 34.6 Teléfono

35. FIRMA [Firma] 36. FECHA DE CERTIFICACIÓN 02/10/2009 Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE