



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

HISTORIA CLINICA, CERTIFICADOS DE NACIMIENTO Y DEFUNCIO

MATERIA: MEDICINA FORENSE

ALUMNA: DANIA ESCOBEDO CASTILLO

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: QUINTO GRUPO A



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Nombre:	Renata Gisell López Martínez	Fecha:	24 sep. 20				
No. Afiliación:	38542561						
Fecha de nacimiento:	30-12-92	Edad:	27	Género:	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Informante (parentesco):	Novio	Edad:	28 años	Escolaridad:	Licenciatura		
Religión:	Católica	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.

Paciente femenino de 27 años de edad, sin antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas que inicia hace 15 días con cuadro febril, astenia adinamia cefalea distensión abdominal por lo que acude al médico particular que recetó ibuprofeno, y ante la sospecha de COVID-19 indicó anticoagulantes orales por lo que en la noche presentó evacuaciones hemáticas acompañada de hemorragia de tubo digestivo bajo, se realizó colonoscopia el día 11 de septiembre de 2020 encontrando sangrado proveniente del intestino delgado. Actualmente el paciente se encuentra con choque hemorrágico compensado acompañado de estado febril.

APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico:	Paciente orientado en tiempo, lugar y persona.
Respiratorio:	Sin alteraciones
Digestivo:	Diarrea con evolución de 3 días, nauseas y vómitos.
Cardiovascular:	Sin alteraciones
Genitourinario-Renal	Sin alteraciones
Musculo-esquelético:	Pérdida de la fuerza muscular
Piel y anexos:	Paciente con palidez de tegumentos e ictericia.

Diagnósticos previos: Proceso febril secundario a amebiasis

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: Coprocultivo. BH, Química sanguínea, reacciones febriles

Terapéutica previa: Paracetamol y flagenase

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive:
si no Edad: 50 años Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Comerciante Gesta: 4 Parto: 4 Abortos: 0 Cesáreas: 0

Toxicomanías:
si no Especifique: Bebedora social

Padre vive:
si no Edad: 55 años Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: Carpintero Toxicomanías:
si no Especifique: _____

Hermanos: número 3 Vivos: 3 Edades: 30, 22 y 20

Muertos: 0 Causa (s): _____

Padecimientos heredo-familiares:
(marque con una X los positivos)

Negativos:

Positivos:

Diabéticos:

Cardiópatas:

Nefrópatas:

Hipertensión:

Hematológicos:

Oncológicos:

Neurológicos:

Malf. Congénitas:

Alérgicos:

Especificar:

Hermana alérgica al polvo.

Contacto con enfermedades infecciosas:
si no Especificar: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Perinatales

Embarazo No.: 2 Curso normal:
si no Causa: _____

Gestación: 2 Semanas: 40 Sitio de atención del parto: IMSS

Parto eutócico:
si no Causa: _____

Peso: 2800 Kg. Talla: 50 cm. Rup. Pret. membran.
si no horas: 16:30 pm

Anestesia:
si no Cual: _____

Apnea neonatal: Convulsiones: Hemorragias: Ictericia:

Cianosis: Otros: _____
Especifique

Información adicional: _____

PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alimentación:

Pecho materno:
si no Duración: 6 meses. Ablactación: 7 meses

Destete: 6 meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: 3 días a la semana

Leche: 5 días Huevo: 3 días Frutas: 7 días Cereales: 3 días
 Verduras: 7 días Leguminosas 3 días

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 enero

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)

Seguio objetos: Sonrió: Sostuvo la cabeza: Se sentó:

Caminó: Control de esfínteres: Vesical: Anal:

Escolaridad actual: Licenciatura Años escolares reprobados: 0

Datos anormales en el desarrollo: _____

Desarrollo puberal

Inicio de: Telarca: 10 años Pubarca: 11 años Adrenarca: 12 años

Edad de espermaquia: _____

Ciclos Menstruales: Frecuencia: 28 días Duración: 3 días Cantidad: Abundante
(num. toallas promedio/ día)

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

Habitación:

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

Agua intradomiciliaria: si no Baño familiar: Comunal: _____

Convivencia con animales: si no Cual (es): Gatos

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

Número de cuartos en la casa 3 (excluir cocina y baño); Número de personas que duermen en la casa 4 (incluir a todo los niños)

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

Exposición a sustancias tóxicas: si no Cuales: Alcohol x

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

Negados



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Meses 2017
FOLIO 10001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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.
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Edgardo Lopez Ponce</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>12/01/1960</u>	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Chiapas</u>	
5. CURP <u>LOPEZ EDGARDO</u>			
6. EDAD CUMPLIDA Para menores de 28 días anote: Días: <u>01</u> Meses: <u>00</u> Años: <u>00</u>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>1201153</u>		8.2 Semanas de gestación: <u>00</u>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Propiedad particular</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Colonia Paso Hondo</u>			
10.3 Núm. Exterior: <u>310153</u>		10.4 Núm. Interior: <u>106</u>	
10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Paso Hondo</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Chiapas</u>	
10.7 Código Postal: <u>310153</u>		10.8 Localidad: <u>Paso Hondo</u>	
10.9 Municipio o delegación: <u>Francia Comalapa</u>		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>Chiapas</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>			
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comerciante</u> 12.1 Trabaja: Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
14. SITO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> <u>Hospital Básico Comunitario Fr. Comalapa</u> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital Básico Comunitario Fr. Comalapa</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): <u>10664</u>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>AV. Central</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Dom. 664</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>310153</u>			
15.4 Núm. Interior: <u>106</u>		15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Paso Hondo</u>	
15.6 Localidad: <u>Paso Hondo</u>		15.7 Municipio o delegación: <u>Francia Comalapa</u>	
15.8 Localidad: <u>Chiapas</u>		15.9 Entidad federativa: <u>Chiapas</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>23</u> Mes: <u>09</u> Año: <u>2010</u> Hora: <u>11</u> Minutos: <u>24</u>			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo, paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Debido a cáncer hepático.</u> b) <u>Anorexia</u> c) <u>Diabetes mellitus Tipo II.</u> d) <u>Diabetes mellitus Tipo II.</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: <u>Diabetes mellitus Tipo II.</u>			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>I80</u>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (barrío, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (Vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con esta fallecida: <u>Empleo</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>310153</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Debido a cáncer hepático.</u>			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de Vivienda: <u>Propiedad particular</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>Colonia Paso Hondo</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>310153</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>106</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Paso Hondo</u> 22.7.6 Localidad: <u>Paso Hondo</u> 22.7.7 Código Postal: <u>310153</u> 22.7.8 Localidad: <u>Chiapas</u> 22.7.9 Municipio o delegación: <u>Francia Comalapa</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>Chiapas</u>			
23. NOMBRE <u>Socorro Rivera Cornelio</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: <u>12066671</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>12066671</u>	
27. NOMBRE <u>Daniela Escobedo Castillo</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Comunidad de Dique</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Comunidad de Dique</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>310116191</u> 29.4 Núm. Interior: <u>106</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Comunidad de Dique</u> 29.6 Localidad: <u>Chiapas</u> 29.7 Código Postal: <u>310116191</u> 29.8 Municipio o delegación: <u>Chiapas</u> 29.9 Entidad federativa: <u>Chiapas</u> 29.10 Teléfono: <u>310116191</u> 29.11 Teléfono: <u>310116191</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>23</u> Mes: <u>09</u> Año: <u>2010</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>106</u> Libro Núm. <u>106</u> 31.1 Acta Núm. <u>106</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Comunidad de Dique</u> 32.2 Municipio o delegación: <u>Chiapas</u> 32.3 Entidad federativa: <u>Chiapas</u> 32.4 Día: <u>23</u> Mes: <u>09</u> Año: <u>2010</u>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

VII. Formato del Certificado de Nacimiento Frente

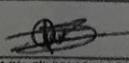


SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

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

FOLIO
000000000

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

1. NOMBRE <u>Luzeth Juarez Salinas</u>		
1.1. CLASE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURPI) <u>JUISLQIAGI9I2I6IACIS8I2I0I1</u> <input type="checkbox"/> Se aplica <input type="checkbox"/> No se aplica		
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Comitan de Dominguez Chiapas</u>		
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>26.10.2019</u>		4. ESTADO CONTINENTAL <u>Chiapas</u>
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Av. Central de #1188 Pasos Honda Frontera Comalapa</u>		
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>01</u>		7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) <u>01</u>
8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) <u>01</u> 8.2 Feticos en desarrollo <u>00</u> 8.3 Muertos (as) <u>00</u>		
9. ORDEN DEL NACIMIENTO 9.1 Orden de nacimiento <u>01</u> 9.2 Si es hijo de parto múltiple <u>01</u>		
10. ¿VIVE LA MADRE? <u>Si</u>		
11. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD <u>ISSSTE</u>		
12. ESCOLARIDAD <u>Ninguna</u>		
13. OCUPACION HABITUAL <u>Amd de casa</u>		
14. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>09:02:2019 03:36</u>		
15. TALLA <u>1.63</u>		16. PESO AL NACER <u>2.810</u>
17. APLICACION DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG <u>Si</u> 22.2 Hepatitis B <u>Si</u> 22.3 (A) <u>Si</u> 22.4 (K) <u>Si</u>		18. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabolitos <u>Si</u> 23.2 Lactosa <u>Si</u>
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO <u>Ninguna</u>		
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO <u>Parto normal</u>		
27. SITIO DE ATENCION DEL PARTO <u>Centro médico Comitan</u>		
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO <u>Médico</u>		
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Carretera ple sur #173 San José Comitan de Dominguez Chiapas</u>		
30. NOMBRE <u>Dania Escobedo Castillo</u>		
31. CERTIFICADO POR <u>Médico</u>		
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>RA65671</u>		
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA <u>NO</u>		
34. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>10a sur ple 3/n Comitan de Dominguez Chiapas</u>		
35. FIRMA 		36. FECHA DE CERTIFICACION <u>26/10/2019</u>

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIEN NACIDO



HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

