



**Universidad del Sureste
Escuela de Medicina**

Certificado de defunción, de nacimiento e historia clínica

**Materia: Medicina forense
Docente: Leonardo Daniel Nanduca
Integrante: María del Pilar Álvarez Sánchez
Semestre: 5º "A"**

VII. Formato del Certificado de Nacimiento Frente

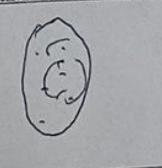
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO
000000000

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

1. NOMBRE Lorena Flores Rosas	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): 41013182191151181013104115123	Se ignora <input type="checkbox"/>
2. LUGAR DE NACIMIENTO Comitán Chiapas	
3. FECHA DE NACIMIENTO 02/02/1995	4. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Comitán Chiapas	
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): 01	
7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS): 00	
8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) 01 8.2 Se desconocen 01	
9. EL BLANQUEO (AS) ANTERIOR NACID... 00	
10. ORDEN DEL NACIMIENTO 10.1 01	
11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 Recibió atención 01 11.2 Total de consultas recibidas 05	
12. ¿VIVE LA MADRE? 01	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS	
14. ESCOLARIDAD Primaria incompleta	
15. OCUPACIÓN HABITUAL ama de casa	
16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 24/07/2020 13:00	
17. EDAD GESTACIONAL 38 Semanas	
18. TALLA 45 Centímetros	
19. PESO AL NACER 2800 Gramos	
20. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 20.1 Vitaminas 01 20.2 BCG 01 20.3 Hepatitis B 01 20.4 DTP 01 20.5 Polio 01 20.6 Sarampión 01 20.7 Rubéola 01 20.8 Tétanos 01 20.9 Varicela 01 20.10 Meningitis 01 20.11 Hepatitis A 01 20.12 Hepatitis B 01 20.13 Sarampión 01 20.14 Difteria 01 20.15 Tétanos 01 20.16 Polio 01 20.17 Hepatitis A 01 20.18 Hepatitis B 01 20.19 Sarampión 01 20.20 Rubéola 01 20.21 Tétanos 01 20.22 Polio 01 20.23 Hepatitis A 01 20.24 Hepatitis B 01 20.25 Sarampión 01 20.26 Rubéola 01 20.27 Tétanos 01 20.28 Polio 01 20.29 Hepatitis A 01 20.30 Hepatitis B 01 20.31 Sarampión 01 20.32 Rubéola 01 20.33 Tétanos 01 20.34 Polio 01 20.35 Hepatitis A 01 20.36 Hepatitis B 01 20.37 Sarampión 01 20.38 Rubéola 01 20.39 Tétanos 01 20.40 Polio 01 20.41 Hepatitis A 01 20.42 Hepatitis B 01 20.43 Sarampión 01 20.44 Rubéola 01 20.45 Tétanos 01 20.46 Polio 01 20.47 Hepatitis A 01 20.48 Hepatitis B 01 20.49 Sarampión 01 20.50 Rubéola 01 20.51 Tétanos 01 20.52 Polio 01 20.53 Hepatitis A 01 20.54 Hepatitis B 01 20.55 Sarampión 01 20.56 Rubéola 01 20.57 Tétanos 01 20.58 Polio 01 20.59 Hepatitis A 01 20.60 Hepatitis B 01 20.61 Sarampión 01 20.62 Rubéola 01 20.63 Tétanos 01 20.64 Polio 01 20.65 Hepatitis A 01 20.66 Hepatitis B 01 20.67 Sarampión 01 20.68 Rubéola 01 20.69 Tétanos 01 20.70 Polio 01 20.71 Hepatitis A 01 20.72 Hepatitis B 01 20.73 Sarampión 01 20.74 Rubéola 01 20.75 Tétanos 01 20.76 Polio 01 20.77 Hepatitis A 01 20.78 Hepatitis B 01 20.79 Sarampión 01 20.80 Rubéola 01 20.81 Tétanos 01 20.82 Polio 01 20.83 Hepatitis A 01 20.84 Hepatitis B 01 20.85 Sarampión 01 20.86 Rubéola 01 20.87 Tétanos 01 20.88 Polio 01 20.89 Hepatitis A 01 20.90 Hepatitis B 01 20.91 Sarampión 01 20.92 Rubéola 01 20.93 Tétanos 01 20.94 Polio 01 20.95 Hepatitis A 01 20.96 Hepatitis B 01 20.97 Sarampión 01 20.98 Rubéola 01 20.99 Tétanos 01 20.100 Polio 01	
21. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO sin anomalías aparentes	
22. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal <input checked="" type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique	
23. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Hospital de la mujer Hospital de la mujer	
24. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique	
25. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 2a Norte Arbolado Comitán Chiapas	
26. NOMBRE Naira del Alca Alvaraz Sánchez	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 40358828	
28. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? Hospital de la mujer	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 2a Norte Arbolado Comitán Chiapas	
30. FIRMA [Firma]	
31. FECHA DE CERTIFICACIÓN 24/07/2020	

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NIÑO NACIDO



HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



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



IMSS

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

Nombre: Priscila Borden Dominguez Fecha: 24 / Septiembre / 2020
Fecha de nacimiento: 15 / 09 / 2000 No. Afiliación: _____
Edad: 20 Género: M F
Informante (parentesco): Madre Edad: 40 años Escolaridad: Profesional
Religión: Cristiana 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.

- Inició con cefaleas hace aproximadamente 2 meses.
- Fatiga
- Dificultad visual que iba incrementándose
- Mareos y caídas desde hace 3 semanas.
- Daltonismo

APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico: refiere cefaleas, mareos, trastornos de equilibrio y visión
Respiratorio: sin alteraciones respiratorias.
Digestivo: Excremento y náuseas
Cardiovascular: No refiere sintomatología asociada.
Genitourinario-Renal: No refiere sintomatología asociada.
Musculo-esquelético: No alteraciones en aparato esquelético
Piel y anexos: Presencia de hiperhidrosis y buena coloración

Diagnósticos previos: Daltonismo

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: sin exámenes de laboratorio previos

Terapéutica previa: sin terapéutica empleada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive: sí no Edad: 40 años Escolaridad: Especialidad
Ocupación: Maestra Gesta: Primigesta Parto: 1 Abortos: Nulo Cesáreas: Nulo
Toxicomanías: sí no Especifique: Primigesta.

Padre vive: sí no Edad: 45 años Escolaridad: Bachillerato terminado
Ocupación: Policia Toxicomanías: sí no Especifique: _____

Hermanos: número 0 Vivos: — Edades: —
Mortuos: 0 Causa (s): —

Padecimientos hereditarios:
(marque con una X los positivos)

Negativos:

Positivos:

Diabéticos:
Hipertensión:
Neurológicos: _____
Especificar: _____

Cardiópatas: _____
Hematológicos: _____
Mal. Congénitas: _____

Nefrópatas: _____
Oncológicos: _____
Alérgicos: _____

Contacto con enfermedades infecciosas: sí no

Especificar: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Perinatales

Embarazo No.: 0 Curso normal: sí no Causa: _____
Gestación: _____ Semanas. Sitio de atención del parto: _____
Parto eutócico: sí no Causa: _____
Peso: 3 Kg. Talla: 38 cm. Rup. Pret. membran. sí no horas: _____
Anestesia: sí no Cual: _____
Apnea neonatal: _____ Convulsiones: _____ Hemorragias: _____ Ictericia: _____
Cianosis: _____ Otros: _____ Especifique _____
Información adicional: _____

PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alimentación:
Pecho materno: sí no Duración: 6 meses Ablactación: 6 meses
Destete: 11 meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: 3

Leche: 7 Huevo: 3 Frutas: 6 Cereales: 5
 Verduras: 1 Leguminosas: 3

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

BCG al nacer (X) Sabin al nacer (X) 2 m (X) 4 m (X) 6 m () Dosis adicionales campañas ()
 Hepatitis B al nacer (X) 2 meses (X) 6 meses (X) Refuerzos (X)
 Pentavalente acelular: DPaT+VPI+Hib: 2 m (X) 4 m (X) 6 m (X) Refuerzo 18 m (X)
 Rotavirus 2 m (X) 4 m (X) Antineumocóccica conjugada 2 m (X) 4 m (X) Refuerzo 12 m (X)
 Pentavalente esquema previo DPT+HB+Hib: 2 m (X) 4 m (X) 6 m (X) Refuerzo 18 m (X)
 Influenza: 6 m (X) 7 m (X) anual (X) Fecha última aplicación: 20 septiembre 2020
 DPT REFUERZO: 4 a (X) Sarampión, rubéola, parotiditis: 1 a (X) Refuerzo 6 a (X)
 Vacunas adicionales (anote tipo de vacuna, dosis y edad de administración)

Desarrollo psicomotor (precisar la edad en meses)

Siguió objetos: 5 Sonrió: 1 Sostuvo la cabeza: 5 Se sentó: 7
 Caminó: 12 Control de esfínteres: Vesical: 17 Anal: 17
 Escolaridad actual: Universidad Años escolares reprobados: _____
 Datos anormales en el desarrollo: _____

Desarrollo puberal

Inicio de: Telarca: 12 años Pubarca: 12 años Adrenarca: 9 años
 Edad de espermaquia: _____
 Ciclos Menstruales: Frecuencia: Normal Duración: 4 días Cantidad: 3 toallas
(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): 3 gatos
 Piso de la casa: Tierra: _____ Cemento: _____ Recubrimiento:
 Número de cuartos en la casa 4 (excluir cocina y baño) Número de personas que duermen en la casa 3 (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

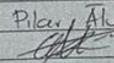
Deficiencia daltonismo, presencia de en (enfermedades) autoinmunes
en infancia, no ha tenido procedimientos quirúrgicos ni traumáticos
tiene alergia a flores y al paracetamol

EXPLORACION FISICA

Peso: 42 Kg. Talla: 1.53 cm. P. cef: 65 cm. P. Brazo 23 cm.
P. pierna: 48 cm. Seg. sup: cm. Seg. inf.: cm.
F.C.: 80 x' F.R.: 20 x' Temp: 37 °C. T.A.: 120/60

Aspecto General

Piel y faneras: Buena coloración, ligera resequecedad
Cabeza: Abundante cabello, tamaño normal
Ojos: Dificultad visual, coloración normal
Oídos: Buena implantación y tamaño
Boca y faringe: Cicatriz en parte medial de labios
Cuello: Sin evidencia de rigidez, ni masas con traquea desplazable
Tórax: Sin evidencias de fracturas ni de heridas
a) Ap. Resp.: presencia de murmullo vesicular
b) Ap. Card.: al auscultar se escuchan los ruidos normales.
Tanner mamario: Sin revisión.
Abdomen: ligera distensión, sin evidencia de dolor
Extremidades: Pulso presentes, sin edema
Genitales: Sin revisión.
Tanner genital: Sin revisión.
Ano y recto: Sin revisión.
Tanner púbico: Sin revisión.
Vas. Periférico:
Neurológico: Sin alteraciones neurológicas
Col. Vertebral: Sin alteraciones vertebrales.

Nombre del médico que realizó la historia: Maira del Pilar Alvarez Sanchez.
Firma: 
Nombre y firma del médico que revisó la historia: Rodolfo Gerardo Martinez Gonzalez