

PRACTICA DE DOCUMENTOS MEDICO-LEGALES
Medicina Humana
Dr. Leonardo Daniel Nanduca

PRESENTA:

Andrés Alonso Cancino García

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

5to Semestre Y Grupo B, Medicina Forense

Comitán de Domínguez, Chiapas
Fecha: 22/09/2020



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

Nombre: Gerardo Emanuel Garcia Gutiérrez Fecha: 22/09/2020
No. Afiliación: 012
Fecha de nacimiento: 22 de abril de 1978 Edad: 42 Género: M F
Informante (parentesco): Padre Edad: 63 años Escolaridad: Profesional
Religión: Católica Discapacidad Si No Idioma Español Otro Lengua: ninguna

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 refiere disnea matinal de 2 a 3 meses, en especial en los primeros 5 minutos después de levantarse, disminuye con el reposo, refiere alivio después de los 3 minutos, posteriormente puede realizar actividades de manera normal, refiere poder jugar futbol en las tardes sin ninguna manifestación.

APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico: Niega datos de cefalea, síncope, mareos, confusión, alteraciones del lenguaje, motricidad, crisis tónico-clónicas, sin marcha alterada, alt. equilibrio, trastorno de la memoria y estado de conciencia normal,

Respiratorio: Presenta disnea matinal, niega tos, hemoptisis, expectoraciones, sibilancias, cianosis y acrocianosis.

Digestivo: Niega sinsaborrea, sialorrea, xerostomía, halitosis, bruxismo, aerofagia, reflujo, pirosis, náuseas, vomito, hematemesis, rectorragia, dolor colicoviliar, etc.

Cardiovascular: Disnea que se alivia con el reposo y es matinal, niega palpitaciones, dolor precordial, síncope, lipotomias, edema, acroparestesias, claudicación, vértigo, etc.

Genitourinario-Renal Niega dolor renouretal, oliguria, coluria, hematuria, piuria, pujo o tenesmo, poliaquiuria, sin alteraciones en el chorro urinario

Musculo-esquelético: Niega mialgias, sin alteraciones en la fuerza muscular, en la movilidad, niega artralgias, edema, alteraciones en la irrigación periférica, etc.

Piel y anexos: Sin alteración en la coloración, pigmentación, niega prurito, sin alteración en el pelo o uñas, sin lesiones primarias o secundarias, sin hiperhidrosis y xerodermia.

Diagnósticos previos: Posible angina estable

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: Biometría hemática, química sanguínea, perfil de lípidos, proteína C reactiva, electrocardiograma, prueba de esfuerzo o prueba de estrés.

Terapéutica previa: Cambios terapéuticos en el estilo de vida, nitratos profilácticos de uso matutino antes de levantarse.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive: si no Edad: 59 años Escolaridad: Secundaria
Ocupación: Comerciante Gesta: 3 Parto: 2 Abortos: 0 Cesáreas: 1
Toxicomanías: si no Especifique: Tabaquismo

Padre vive: si no Edad: 63 años Escolaridad: profesional
Ocupación: Arquitecto Toxicomanías: si no Especifique: Alcohol

Hermanos: número 2 Vivos: 1 Edades: 32, 25
Muertos: 1 Causa (s): Accidente automovilístico

Padecimientos heredofamiliares:
(marque con una X los positivos)

Negativos: Positivos: 3

Diabéticos:	<u>Padre</u>	Cardiópatas:	<input type="checkbox"/>	Nefrópatas:	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<u>Abuelo paterno, materno y madre</u>	Hematológicos:	<input type="checkbox"/>	Oncológicos:	<input type="checkbox"/>
Neurológicos:	<input type="checkbox"/>	Malf. Congénitas:	<input type="checkbox"/>	Alérgicos:	<u>Intolerancia a la lactosa madre y abuelos maternos</u>

Especificar: Niega otro padecimiento

Contacto con enfermedades infecciosas: si no Especificar: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Perinatales

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

Gestación: 39 Semanas. Sitio de atención del parto: Hospital

Parto eutócico: si no Causa: _____

Peso: 2,500 Kg. Talla: 49 cm. Rup. Pret. membran. si no horas: 22:18

Anestesia: si no Cual: _____

Apnea neonatal: Niega Convulsiones: Niega Hemorragias: Niega Ictericia: Niega

Cianosis: Niega Otros: Niega Especifique: _____

Información adicional: _____

PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alimentación:

Pecho materno: si no Duración: meses. Ablactación: meses
Destete: meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: días
Leche: días Huevo: días Frutas: días Cereales: días
Verduras: días Leguminosas días

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

BCG al nacer (x) **Sabin** al nacer (x) 2 m () 4 m (x) 6 m Dosis adicionales campañas (x)

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:

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)

Niega vacunas adicionales

Desarrollo psicomotor (precisar la edad en meses)

Seguio objetos: Sonrió: Sostuvo la cabeza: Se sentó:
Caminó: Control de esfínteres: Vesical: Anal:
Escolaridad actual: Años escolares reprobados:
Datos anormales en el desarrollo:

Desarrollo puberal

Inicio de: Telarca: ----- Pubarca: ----- Adrenarca: -----
Edad de espermaquia:
Ciclos Menstruales: Frecuencia: ----- Duración: ----- Cantidad: -----
(num. toallas promedio/ día)
Dismenorrea: Uso de anticonceptivos: Si X ¿Cuál? Condon No NA
si no masculino

Habitación:

Eliminación de excretas: Fecalismo: ----- Letrina: ----- Tipo inglés: X
Agua intradomiciliaria: si no Baño familiar: X Comunal: -----
Convivencia con animales: si no Cual (es): -----
Piso de la casa: Tierra: ----- Cemento: ----- Recubrimiento: X
Número de cuartos en la casa (excluir cocina y baño): Número de personas que duermen en la casa (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**

Presenta intolerancia a la lactosa, niega enfermedades comico degenerativa, infecciosas, enfermedades relacionadas a las toxicomanías, intervenciones quirúrgicas o transfusiones, eventos traumatológicos y niega hospitalizaciones.

EXPLORACION FISICA

Peso: 83 Kg. Talla: 173 cm. P. cef: ----- cm. P. Brazo 32 cm.
P. pierna: 54 cm. Seg. sup: 94 cm. Seg. inf.: 102 cm.
F.C.: 72 x' F.R.: 18 x' Temp: ----- °C. T.A.: 110/70 mmHg

Aspecto General

Piel y faneras: A la inspección, piel de color morena, hidratada, se notan líneas de acentuación facial.

Cabeza: Normocefálica, simétrica, sin lesiones en piel y cuero cabelludo, cabello opaco y abundante, con canicie y sin signos de alopecia. A la palpación de la cabeza, se confirma la inexistencia de lesiones, no se palpan nodulaciones ni hundimientos craneanos, cabello de buena implantación, puntos dolorosos

Ojos: A la inspección no se observan lesiones primarias o secundarias en piel de la región palpebral ni ptosis. No hay signos de triquiasis, distriquiasis, madarosis, pterigio, pingüecula, enoftalmos, exoftalmos, entropión, ectropión, xeroftalmia, epífora, no se palpan zonas dolorosas.

Oídos: A la inspección, pabellones auriculares sin alteraciones, ni signos de lesiones como forúnculos, laceraciones ni foliculitis. Por medio de otoscopia, conductos auditivos externos permeables, con visualización de la membrana timpánica, de color gris perla, presencia de triángulo luminoso, y sin signos de lesión, perforación y/o cicatrización. Prueba del bisbiseo y voz hablada positivas, en ambos oídos.

Boca y faringe: A la inspección externa se observan labios con signos de xerostomía y palidez, comisuras labiales sin desviaciones, ausencia de tialismo, queilitis, sialorrea. Internamente, encías no congestivas y lengua lisa en región dorsal. Ausencia de gingivorragia, lesiones en carrillos, aftas, glosodinia, macroglosia, microglosia y úvula normal

Cuello: se observa simetría, forma cilíndrica, sin lesiones primarias ni secundarias de la piel, ni abombamientos, hundimientos, nodulaciones. Se evidencia ingurgitación yugular.

Tórax: La inspección pasiva, tórax simétrico, sin abombamientos o depresiones, visualización de puntos de referencia como clavículas, costillas, esternón, ángulo de Lewis, mamezones.

a) Ap. Resp.: se observa respiración normal, con buena expansibilidad, buena elasticidad tanto en ápices, regiones medias como en bases pulmonares. Murmullo vesicular presente normal en ambos campos pulmonares, sin presencia de ruidos sobreagregados.

b) Ap. Card.: Ruidos cardíacos rítmicos, con R1 más audible en los focos de la punta y concordante con el pulso, y R2 más audible en los de la base, ambos rítmicos, de frecuencia e intensidad normal, sin presencia de soplos, chasquido de apertura, extrasístoles, ritmo de galope ni cuartos ruidos.

Tanner mamario: -----

Abdomen: Matidez en hipocondrio derecho y en fosa iliaca izquierda, timpanismo en las demás regiones del abdomen, prevalente en mesogastrio. A la palpación superficial, no hay signos de hipersensibilidad cutánea, ni de la pared en general. Normo temperatura y tonicidad disminuida de la pared abdominal. A la palpación profunda, abdomen blando, depresible, sin signos de visceromegalias, no doloroso.

Extremidades: no se evidencian tumoración, masas, nódulos, tofos ni alteraciones anatómicas de las articulaciones, no se observan ningún tipo de movimientos anormales, tales como temblores, convulsiones, mioclonias, balismo, corea, distonía, tics, atetosis, distonias, estereotipos, entre otros.

Genitales: Sin alteraciones en la piel, sin malformaciones, no se evidencian lesiones o secreción anormal.

Tanner genital: -----

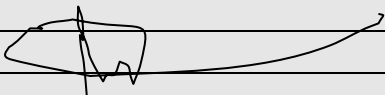
Ano y recto: -----

Tanner púbico: -----

Vas. Periférico: -----

Neurológico: se encuentra en estado lucido sin presentar ilusiones, alucinaciones o delusiones, etc.

Col. Vertebral: -----

Nombre del médico que realizó la historia: Andres Alonso Cancino Garcia
Firma 
Nombre y firma del médico que revisó la historia: Andres Alonso Cancino Garcia



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Andrés Abasco Cancino</u> <u>García</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15/04/1994</u>	
3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>CHIAPAS, Comitán de Domínguez</u>
5. CURP <u>CX1504199415HCSNRRN018</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA <u>21</u> años <u>5</u> meses <u>7</u> días	
9. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Calle Alencardos</u>	
10.1 Tipo de vivienda <u>3</u>	
10.2 Nombre de la vivienda <u>los Robles</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>1</u>	
10.4 Núm. Interior <u>300994</u>	
10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Fraccionamiento</u>	
10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Comitán de Domínguez, Chiapas, México</u>	
10.7 Código Postal <u>300994</u>	
10.8 Localidad <u>Comitán</u>	
10.9 Municipio o delegación <u>Comitán de Domínguez</u>	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD <input type="radio"/> 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: <input checked="" type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Estudiante</u>	
12.1 Trabajaba <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Secretaría de Salud</u>	
14.1 Nombre de la unidad médica <u>Alencardos</u>	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
14.3 Vía pública <input checked="" type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Calle Alencardos</u>	
15.1 Tipo de vivienda <u>3</u>	
15.2 Nombre de la vivienda <u>los Robles</u>	
15.3 Núm. Exterior <u>1</u>	
15.4 Núm. Interior <u>300994</u>	
15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Fraccionamiento</u>	
15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Comitán de Domínguez, Chiapas, México</u>	
15.7 Código Postal <u>300994</u>	
15.8 Localidad <u>Comitán</u>	
15.9 Municipio o delegación <u>Comitán de D.</u>	
15.10 Entidad federativa <u>Chiapas</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>21/09/2010 12:03:13</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
<p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) <u>Parturición aguda</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) <u>Perforación del duodeno</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) <u>Úlcera duodenal</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u></p> <p>PARTE II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo</p>	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>2 días</u>	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>4 días</u>	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>3 años</u>	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>10 años</u>	
Código CIE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:	
22.1 Fue un presunto <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: <input checked="" type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (casillo, ornato, 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 tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7.1 Tipo de vivienda	
22.7.2 Nombre de la vivienda	
22.7.3 Núm. Exterior	
22.7.4 Núm. Interior	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal	
22.7.8 Localidad	
22.7.9 Municipio o delegación	
22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE <u>David moises Cancino Muñoz</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>	
25. CERTIFICADA POR <input checked="" type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
27. NOMBRE <u>Andrés Abasco Cancino García</u>	
28. FIRMA	
29. DOMICILIO / TELEFONO <u>Calle los Alencardos</u>	
29.1 Tipo de vivienda <u>3</u>	
29.2 Nombre de la vivienda <u>los Robles</u>	
29.3 Núm. Exterior <u>1</u>	
29.4 Núm. Interior <u>300994</u>	
29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Fraccionamiento</u>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Comitán de Domínguez</u>	
29.7 Código Postal <u>300994</u>	
29.8 Localidad <u>Comitán de Domínguez</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	

DEL DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE