
PRACTICA DOCUMENTOS LEGALES
Universidad del Sureste
Medicina Humana

Dr. Leonardo Daniel Nanduca Navarro

PRESENTA:

Karen Paola Morales Morales

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:	JULIANA MORENO LOPEZ	Fecha:	22 DE SEPTIEMBRE DE 2020				
No. Afiliación:	8933						
Fecha de nacimiento:		Edad:	12 AÑOS	Género:	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		
Informante (parentesco):	MADRE	Edad:	35 años	Escolaridad:	SECUNDAR IA		
Religión:	NINGUNO	Discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Idioma	Español <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Lengua:	NINGUN O <input type="checkbox"/>

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 con cuadro clínico de 2 días de evolución, que inicia con deposiciones líquidas 5 a 10.

deposiciones día, con moco sin sangre, refiere perdida de apetito. En casa le dieron Electrolit.

APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico:	Omite enfermedad
Respiratorio:	Omite enfermedad
Digestivo:	Dolor a nivel de epigastrio
Cardiovascular:	Omite enfermedad
Genitourinario-Renal	Omite enfermedad
Musculo-esquelético:	Omite enfermedad
Piel y anexos:	Omite enfermedad

Diagnósticos previos: Salmonelosis

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: Química sanguínea y cultivo de salmonella.

Terapéutica previa: Amoxicilina cada 8 hrs por una semana.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive: si no Edad: 35 años Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Ama de casa Gesta: 02 Parto: 02 Abortos: 0 Cesáreas: 0

Toxicomanías: si no Especifique: Ninguna

Padre vive: si no Edad: 39 años Escolaridad: Bachillerato

Ocupación: Albañil Toxicomanías: si no Especifique: Ninguna

Hermanos: número 1 Vivos: 1 Edades: 10 años

Muertos: Ninguno Causa (s): Ninguno

Padecimientos hereditarios: Negativos: X Positivos:

Diabéticos: Cardiopatas: Nefrópatas:
Hipertensión: Hematológicos: Oncológicos:
Neurológicos: Malf. Congénitas: Alérgicos:
Especificar:

Contacto con enfermedades infecciosas: si no Especifique:

ANTECEDENTES PERSONALES

Perinatales

Embarazo No.: 1 Curso normal: si no Causa:

Gestación: 39 Semanas. Sitio de atención del parto: Centro de salud

Parto eutócico: si no Causa: -----

Peso: 50 Kg. Talla: 125 cm. Rup. Pret. membrán. si no horas:

Anestesia: si no Cual:

Apnea neonatal: Convulsiones: Hemorragias: Ictericia:

Cianosis: Otros: Especifique

Información adicional:

PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alimentación:

Pecho materno: Duración: 24 meses. Ablactación: 6 meses
si no

Destete: 24 meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: 5 días

Leche: 2 días Huevo: 7 días Frutas: 2 días Cereales: 1 día

Verduras: 6 días Leguminosas 7 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 de octubre 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)

Siguió objetos: 1 mes Sonrió: 1 mes Sostuvo la cabeza: 5 meses Se sentó: 6 meses

Caminó: 13 meses Control de esfínteres: Vesical: 18 meses Anal: 24 meses

Escolaridad actual: Primaria Años escolares reprobados: Ninguno

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: Uso de anticonceptivos: Si ¿Cuál? No NA

si no

Habitación:

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

Agua intradomiciliaria: Baño familiar: Comunal:

si no

Convivencia con animales: Cual (es): Perros

si no

Piso de la casa: Tierra: Cemento: Recubrimiento:

Número de cuartos en la casa 5 Número de personas que duermen en la casa 6

(excluir cocina y baño) (incluir a todo los niños)

Refrigerador: Teléfono: Automóvil:

si no si no si no

Exposición a sustancias tóxicas: Cuales:

si no

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

Alergia a paracetamol

EXPLORACION FISICA

Peso: 54 Kg. Talla: 125 cm. P. cef: 20 cm. P. Brazo 15 cm.
P. pierna: 20 cm. Seg. sup: cm. Seg. inf.: cm.
F.C.: 65 x' F.R.: 20 x' Temp: 36.5 °C. T.A.: 110/75

Aspecto General

Piel y faneras: Presenta palidez, sin cianosis, rubor, ictericia.

Cabeza: No presenta anomalía.

Ojos: Sin ninguna anomalía en párpados, conjuntiva, pupilas. Se explora un buen campo visual, con buenos movimientos oculares de los pares craneales III, IV y VI par.

Oídos: En buena condición las estructuras externas del oído.

Boca y faringe: Sin presencia de anomalías.

Cuello: No se localizan ganglios.

Tórax: Torax simétrico, sin lesiones

a) Ap. Resp.: Se aprecian sonidos respiratorios normales

b) Ap. Card.: Sin presencia de soplos cardiacos.

Tanner mamario: En el cuarto estadio

Abdomen: Abdomen sin presencia de masas, simétrico, sin cicatrices.

Extremidades: Perfecto estado de alineación, sin evidencias de anomalía.

Genitales: Sin ninguna anomalía

Tanner genital: Tercer estadio

Ano y recto: Sin anomalías

Tanner púbico: Tercer estadio

Vas. Periférico: Sin presencia de varices.

Neurológico: Ubicado en tiempo y espacio.

Col. Vertebral: Sin anomalías

Nombre del médico que realizó la historia: Dra. Karen Paola Morales Morales

Firma

Nombre y firma del médico que revisó la historia: Dra. Mariela Sabinal Lopez

VII. Formato del Certificado de Nacimiento Frente

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO		Forma 011 FOLIO 000000000
<p>ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO</p>		
<p>1. NOMBRE: <u>Camela</u> <u>Paiz</u> <u>Morales</u></p>		
<p>1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CARRP)</p>		
<p>2. LUGAR DE NACIMIENTO: <u>Comitan de Dominguez</u> <u>0.1.9</u> <u>Chiapas</u> <u>0.7</u></p>		
<p>3. FECHA DE NACIMIENTO: <u>05.04.20.00</u></p>		
<p>4. ESTADO CORTINAL: <u>Chiapas</u></p>		
<p>5. RESIDENCIA HABITUAL Y TEMPORAL: <u>Comitan de Dominguez</u> <u>0.1.9</u> <u>Chiapas</u> <u>0.7</u></p>		
<p>6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): <u>0.1</u></p>		
<p>7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS): <u>0.1</u></p>		
<p>8. NÚMERO DE HIJOS (AS): <u>0.1</u></p>		
<p>9. EL (LA) PADRE (A) INTERIOR NACIDO (A): <u>0.1</u></p>		
<p>10. CRECER DEL NACIMIENTO: <u>0.1</u></p>		
<p>11. ATENCIÓN PRENATAL: <u>0.1</u></p>		
<p>12. ¿VIVE LA MADRE?: <u>0.1</u></p>		
<p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: <u>0.1</u></p>		
<p>14. EDUCACIÓN: <u>0.1</u></p>		
<p>15. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: <u>22.09.20.20</u> <u>0.85.0</u></p>		
<p>16. SEXO: <u>0.1</u></p>		
<p>17. EDAD GESTACIONAL: <u>3.8</u></p>		
<p>18. TALLA: <u>5.0</u></p>		
<p>19. PESO AL NACER: <u>3.05.0</u></p>		
<p>20. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: <u>0.1</u></p>		
<p>21. TAME NEONATAL: <u>0.1</u></p>		
<p>22. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: <u>0.1</u></p>		
<p>23. ANOMALÍAS CONGENITALES, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: <u>Ninguna</u></p>		
<p>24. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO: <u>0.1</u></p>		
<p>25. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: <u>Hospital de la mujer</u></p>		
<p>26. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: <u>0.1</u></p>		
<p>27. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: <u>2da calle oriente Las Sabinas</u> <u>Comitan de Dguez</u> <u>0.1.9</u></p>		
<p>28. NOMBRE: <u>Karen Paola</u> <u>Morales</u> <u>Morales</u></p>		
<p>29. CERTIFICADO POR: <u>0.1</u></p>		
<p>30. SI EL CERTIFICADO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ?: <u>Ninguna</u></p>		
<p>31. DOMICILIO Y TELÉFONO: <u>sin numero</u> <u>San Sebastian La Independencia</u> <u>0.4.1</u></p>		
<p>32. FIRMA: <u>[Firma]</u></p>		
<p>33. FECHA DE CERTIFICACIÓN: <u>22.09.20.20</u></p>		
<p>HUELLA DEL PE DERECHO DEL BEBÉ NACIDO</p>		
<p>HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE</p>		
<p>FIRMA DE LA MADRE</p>		
<p>BELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ</p>		

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

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



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Marzo 2017
FOLIO

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 POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		2. FECHA DE NACIMIENTO 18/05/1968		3. SEXO Varón		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Chiapas	
5. CURP MS18051968M		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No		7. NACIONALIDAD Mexicana		8. EDAD CUMPLIDA 52	
9. ESTADO CONYUGAL Casado		10. RESIDENCIA HABITUAL Privado		11. ESCOLARIDAD Secundaria		12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante	
13. RESIDENCIA HABITUAL Privado		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Privado		15. AFECCIÓN A RESERVA DE SALUD SEDENA		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 22/09/2020 09:10	
17. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Infarto agudo al miocardio		19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 1 hora	
21. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		23. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
25. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		26. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		27. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		28. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
29. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		30. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		31. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		32. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
33. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		34. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		35. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		36. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
37. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		38. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		39. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		40. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
41. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		42. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		43. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		44. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
45. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		46. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		47. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		48. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
49. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		50. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		51. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		52. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
53. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		54. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		55. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		56. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
57. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		58. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		59. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		60. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
61. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		62. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		63. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		64. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
65. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		66. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		67. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		68. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
69. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		70. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		71. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		72. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
73. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		74. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		75. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		76. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
77. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		78. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		79. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		80. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
81. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		82. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		83. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		84. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
85. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		86. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		87. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		88. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
89. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		90. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		91. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		92. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
93. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		94. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		95. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		96. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	
97. NOMBRE DEL FALLECIDO Marcos Vallardo Sloan		98. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		99. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 35 AÑOS No		100. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 6 años	

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