



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

Nombre: Gerardo Antonio Rosales Figueroa Fecha: 23 de septiembre de 2020
No. Afiliación: _____
Fecha de nacimiento: 17 de septiembre de 2015 Edad: 5 años Género: M F
Informante (parentesco): MADRE Edad: 28 años Escolaridad: Preparatoria
Religión: Católica 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.

Madre del menor refiere diarreas acuosas, así como estreñimientos intermitentes durante 3 días, flatulencias, dolor y cólicos abdominales intermitentes, fiebre.

Paciente se presenta con dolor abdominal, fiebre, deshidratación leve.

APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico: Niega mareos, vértigo, parestia, sincopes, traumas, convulsiones.
Respiratorio: Niega tos, no presenta disnea, niega hemoptisis, niega tos con vómica, no presenta cianosis
Digestivo: Niega disfagia, Vómitos, presenta distensión abdominal, Presenta dolor abdominal, Diarrea moderada, eructos excesivos, niega tenesmo/pujo, a veces presenta estreñimiento. Presenta nauseas.
Cardiovascular: Niega Disnea, no presenta edema, no presenta ortopnea y trepopnea, no presenta soplos
Genitourinario-Renal No hay poliuria, polaquiuria, oliguria, hematuria, no presenta anuria, disuria, secreciones, etc.
Musculo-esquelético: No presenta artralgias, presenta mialgias leves, no presenta lumbalgias, rigidez, leves calambres.
Piel y anexos: No presenta ningún rasgo aparente, más que nada un poco de palidez de tegumentos.

Diagnósticos previos: Posible infección por *amibiasis* Spp.

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: Coprocultivo. No radiografía y no estudios de imagen

Terapéutica previa: Metronidazol (100-200 mg cuatro veces al día durante 5-10 días).

Leche: Huevo: Frutas: Cereales:
Verduras: Leguminosas

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: Aplicación hace dos meses 23 de julio de 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)

Siguió objetos: Si No Sonrió: Si No Sostuvo la cabeza: Si No Se sentó: Si No

Caminó: Si No Control de esfínteres: Vesical: SI SI Anal: SI SI

Escolaridad actual: Tercero de guardería Años escolares reprobados: 3 años

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: 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):

Piso de la casa: Tierra: Cemento: Recubrimiento:

Número de cuartos en la casa 4 Cuartos (excluir cocina y baño): Número de personas que duermen en la casa 5 personas (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

NO presenta alergias a medicamentos, a alimentos, a sustancias

EXPLORACION FISICA

Peso: Kg. Talla: cm. P. cef: cm. P. Brazo cm.
P. pierna: cm. Seg. sup: cm. Seg. inf.: cm.
F.C.: x' F.R.: x' Temp: °C. T.A.:

Aspecto General

Piel y faneras: Color normal, la pigmentación, temperatura normal a su edad, higiene conservada a su edad y sexo.

Cabeza: Acorde a biotipo, raza, edad y sexo. Movimientos de flexión, extensión, rotación, flexión lateral y lateralización conservados

Ojos: Ojos de color x, pupilas redondas, de igual tamaño en ambos ojos, no lesiones de iris, conjuntivas ni córneas, pestañas con implantación adecuada en los bordes de los párpados y cejas completas. Reflejo fotomotor, agudeza visual, campimetría, fondo de ojo

Oídos: Inspección: inspección: orejas de buena implantación, pabellones auriculares sin deformidades, pabellón auricular derecho e izquierdo (simetría, implantación, posición). Conductos auditivos externos derecho e izquierdo sin lesiones, ni obstrucciones (secreciones, color, permeabilidad, inflamación)

Boca y faringe: Inspección: comisuras labiales (simetría), labios, mucosas, amígdalas, faringe, lengua (color, sabores) (color, inflamación, hidratación, continuidad, color, exudados)

Cuello: Acorde al biotipo (ancho y corto en brevilineos o largo y delgado en normolineos), flexible, no doloroso a los movimientos de flexión, extensión, flexión lateral, rotación y lateralización, no adenopatías, no ingurgitación yugular, pulsos carotídeos presentes y sincronicos

Tórax: Tórax bien desarrollada, con buen tono o aumentado,

a) Ap. Resp.: Inspección: tórax simétrico, acorde al biotipo. Paciente con tipo respiratorio (costal superior, costal o diafragmático), respiración rítmica, buena expansibilidad torácica. Fr de 12-20 respiraciones x minuto; palpación: buena expansibilidad torácica que se comprueba con la maniobra de vértices y bases, vibraciones vocales conservadas; percusión: sonoridad pulmonar conservada; auscultación: murmullo vesicular conservado, a la auscultación de la voz normal.

b) Ap. Card.: Latido de la Punta visible en 5º espacio intercostal línea medio clavicular, único, rítmico y que abarca un área de 2 a 3cm de diámetro; y (2.) latido de la punta no visible pero palpable en 5º espacio intercostal línea medio clavicular, único, rítmico y que abarca un área de 2 a 3cm de diámetro

Tanner mamario: Inspección: simétricas y tamaño, contorno, color de la piel, forma y tamaño del pezón, no lesiones de la piel, ni enrojecimientos, no dilataciones venosas, no retracciones. pezón y areola sin lesiones ni secreciones

Abdomen: Hígado: no palpable con ninguna de las maniobras, vesícula biliar: no se evidencia dolor a la palpación, punto doloroso negativo; páncreas: no palpable con ninguna de sus maniobras, punto pancreático negativo; apéndice: puntos dolorosos de morris, monro, mc. Burney, lanz y sonnenburg negativos; maniobra de blumberg: negativa; maniobra de rowsing: negativa

Extremidades:

Genitales: Genital masculino:

Tanner genital: Distribución de vello, color normales

Ano y recto: Aspecto de la región perianal, fisuras, fistulas, masas, tono del esfínter, tacto rectal, paredes, sensibilidad se encuentran normales

Tanner púbico:

Vas. Periférico:

Neurológico: Examen neurológico Glasgow 15 de 15, respuesta ocular: 4, respuesta verbal: 5. Respuesta motora: 6. Nervios craneales normales.

Col. Vertebral: (Inspección: no deformidades, no tumefacción o edema de las partes blandas, piel sin cambios de coloración; palpación: no dolor a la palpación, no aumento de volumen o depresiones óseas, movilidad normal, no crepitación)

Nombre del médico que realizó la historia: Michelle Junuem Maldonado Hernández

Firma &
Nombre y firma del médico que revisó la historia: Dr. Leonardo Daniel Nanduca Navarro



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Marzo 2017
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES DEBEN PROTEGERSE 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 PARTICIPANTES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Marco Antonio Hernández Ramírez		2. FECHA DE NACIMIENTO 04/07/1971		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Chiapas	
5. EDAD CUMPLIDA 47 años		6. HABLADA AL OÍDA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		7. HABLADA AL OÍDA LENGUA ROJEGERA? No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		8. RACIO ÉTNICO Español <input checked="" type="checkbox"/>	
9. ESTADO CIVIL En unión libre <input checked="" type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Avenida Fraccionamiento Siglo XXI		11. ESCOLARIDAD Bachillerato preparatoria <input checked="" type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajador <input checked="" type="checkbox"/>	
13. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/>		14. SEFO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Clínica de Salud Comunitaria Ra. COVID		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Colonia Nicolás Bravo		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17/06/2020 10:20	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) Insuficiencia respiratoria aguda minutos b) Neumonía 1 día c) Probable SARS-COV2 2 semanas		18. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS El parto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada <input checked="" type="checkbox"/>		19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UN SUICIDIO Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/>		22. SI LA MUJER FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		23. SI LA MUJER FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		24. PARIENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) Hermana	
25. CERTIFICADA POR: Médico legista <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		27. NOMBRE Michelle Maldonado Hernández		28. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Nicolás Bravo, Colonia Pichucalco	
29. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Michelle Maldonado Hernández		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 17/06/2020		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Municipio de Chiapas	

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



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FORMA
FOJOS

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: Ana María
2. CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP): Marnu Lperr
3. LUGAR DE NACIMIENTO: Pichucalca
4. FECHA DE NACIMIENTO: 22/09/1995
5. ESTADO CONSTITUCIONAL: Chiapas
6. RESIDENCIA FAMILIAR Y TELÉFONO: Pichucalca, Chiapas, 9321015699

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

7. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 11/08/2020 09:41
8. TALLA: 35 cm
9. PESO AL NACER: 2.00 kg
10. SEXO: Femenino
11. EDAD GESTACIONAL: 36 Semanas
12. APLICACION DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: Ninguna
13. TERCER NACIMIENTO: No
14. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: Ninguna aparente
15. PROCEDIMIENTO USADO EN EL NACIMIENTO: Normal
16. SITIO DE ATENCION DEL PARTO: Hospital General Pichucalca
17. PERSONA QUE ATENDE EL PARTO: Personal autorizado por la Secretaría de Salud
18. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: Calle Nicolas Bravo, Pichucalca, Chiapas

DATOS DEL CERTIFICANTE

19. NOMBRE: Rosario Méndez Salgado
20. EL CERTIFICADO POR: Médico
21. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA: No
22. DOMICILIO Y TELÉFONO: Av. Felix Curves, Mirador, Pichucalca, Chiapas, 9321058100
23. FECHA DE CERTIFICACION: 11/08/2020

MUELLA DEL PIE DERECHO DEL NIÑO NACIDO

MUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

FINA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCION QUE CONTIENE

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