

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ESCUELA DE MEDICINA

5to Semestre

Grupo "B"

## MEDICINA FORENSE

22/09/2020

Presenta:

- ROMINA CORONADO ARGUELLO





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

Nombre: Rosa Maria Gonzalez Hernandez Fecha: 22/09/2020  
 No. Afiliación: 455  
 Fecha de nacimiento: 01/06/1980 Edad: 40 años Género:  M  F  
 Informante (parentesco): Madre Edad: \_\_\_\_\_ años Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Religión: Católica Discapacidad Si  No  Idioma Español Otro \_\_\_\_\_ Lengua: \_\_\_\_\_

**PADECIMIENTO ACTUAL**

Sintomas 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.

El paciente refiere dolor de cabeza por las mañanas antes de irse a trabajar y empeora cuando hay mucho ruido.

**APARATOS Y SISTEMAS**

Neurológico: Niega cefalalgia, pérdida de conocimiento, mareos, vértigo, convulsiones.  
 Respiratorio: Niega rinitis, rinorrea, expectoración, disnea, dolor torácico.  
 Digestivo: Niega trastornos de la deglución, de la digestión, de la defecación.  
 Cardiovascular: Niega disnea, dolor precordial, palpitaciones, síncope.  
 Genitourinario-Renal: Niega dolor renal, hematuria, coluria, oliguria, tenesmo.  
 Musculo-esquelético: Niega artroalgias, alteraciones en la marcha, hipertonía.  
 Piel y anexos: Niega prurito, hiperhidrosis, xerodermia.

Diagnósticos previos: \_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: \_\_\_\_\_

Terapéutica previa: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive:  si  no Edad: 88 años Escolaridad: Preparatorio  
Ocupación: Ama de casa Gesta: 3 Parto: 3 Abortos: 0 Cesáreas: 0  
Toxicomanías:  si  no Especifique: \_\_\_\_\_  
Padre vive:  si  no Edad: 90 años Escolaridad: Preparatoria  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Toxicomanías:  si  no Especifique: \_\_\_\_\_  
Hermanos: número 2 Vivos: 2 Edades: 30, 25  
Muertos: 0 Causa (s): \_\_\_\_\_

Padecimientos heredofamiliares:  
(marque con una X los positivos)

Negativos: \_\_\_\_\_

Positivos: \_\_\_\_\_

Diabéticos:   
Hipertensión:   
Neurológicos: \_\_\_\_\_  
Especificar: \_\_\_\_\_

Cardiópatas: \_\_\_\_\_  
Hematológicos: \_\_\_\_\_  
Malf. Congénitas: \_\_\_\_\_

Nefrópatas: \_\_\_\_\_  
Oncológicos: \_\_\_\_\_  
Alérgicos: \_\_\_\_\_

Contacto con enfermedades infecciosas: \_\_\_\_\_

si  no

Especificar: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES

#### Perinatales

Embarazo No.: \_\_\_\_\_ Curso normal:  si  no Causa: \_\_\_\_\_  
Gestación: \_\_\_\_\_ Semanas. Sitio de atención del parto: \_\_\_\_\_  
Parto eutócico:  si  no Causa: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Kg. Talía: \_\_\_\_\_ cm. Rup. Pret. membran.  si  no horas: \_\_\_\_\_  
Anestesia:  si  no Cual: \_\_\_\_\_  
Apnea neonatal: \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Hemorragias: \_\_\_\_\_ Ictericia: \_\_\_\_\_  
Cianosis: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_  
Información adicional: \_\_\_\_\_

#### PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alimentación:  
Pecho materno:  si  no Duración: 2 meses. Ablactación: 4 meses  
Destete: \_\_\_\_\_ meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: 2 por semana

Leche: 5 Huevo: 3-4 Frutas: 5 Cereales: 5  
Verduras: 3 días en semana 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 (X) Dosis adicionales campañas ( )  
Hepatitis B al nacer (X) 2 meses (X) 6 meses (X) Refuerzos (X)  
Pentavalente aceiuar: DPaT+VPI+Hib: 2 m (X) 4 m (X) 6 m (X) Refuerzo 18 m ( )  
Rotavirus 2 m (X) 4 m (X) Antineumocóccica conjugada 2 m (X) 4 m (X) Refuerzo 12 m ( )  
Pentavalente esquema previo DPT+HB+Hib: 2 m ( ) 4 m ( ) 6 m ( ) Refuerzo 18 m ( )  
Influenza: 6 m (X) 7 m (X) anual ( ) 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)

**Desarrollo psicomotor** (precisar la edad en meses)

Siguió objetos: 4 Sonrió: 6 meses Sostuvo la cabeza: 4to mes Se sentó: 8 meses  
Caminó: 12 meses Control de esfínteres: Vesical: 2 años Anal: 3 años  
Escolaridad actual: \_\_\_\_\_ Años escolares reprobados: \_\_\_\_\_  
Datos anormales en el desarrollo: \_\_\_\_\_

**Desarrollo puberal**

Inicio de: Telarca: 11 años Pubarca: 13 años Adrenarca: 12 años  
Edad de espermaquia: \_\_\_\_\_  
Ciclos Menstruales: Frecuencia: Regular Duración: 5 días Cantidad: 3  
(num. toallas promedio/ día)  
Dismenorrea: X si no Uso de anticonceptivos: Si X ¿Cuál? condón No NA

**Habitación:**

Eliminación de excretas: Fecalismo: \_\_\_\_\_ Letrina: \_\_\_\_\_ Tipo inglés: X  
Agua intradomiciliaria: X si no Baño familiar: 3 Comunal: \_\_\_\_\_  
Convivencia con animales: X si no Cual (es): Bicho  
Piso de la casa: Tierra: \_\_\_\_\_ Cemento: \_\_\_\_\_ Recubrimiento: X  
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: X si no Teléfono: X si no Automóvil: X si no  
Exposición a sustancias tóxicas: X si no Cuales: Alcohol ocasionalmente

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

Niega alergias

EXPLORACION FISICA

Peso: 80 Kg. Talla: 179 cm. P. cef: 57 cm. P. Brazo 30 cm.  
P. pierna: 60 cm. Seg. sup: \_\_\_\_\_ cm. Seg. inf.: \_\_\_\_\_ cm.  
F.C.: 70 x' F.R.: 22 x' Temp: 35.5 °C. T.A.: 130/70 mmHg

Aspecto General

Piel y faneras:

Cabeza: Normocefalo con cabello abundante, cejas pobladas, ojos centrales simétricos.

Ojos: Sin alteración aparente

Oídos: Sin alteración aparente

Boca y faringe: Sin alteración aparente

Cuello: Central cilíndrico corto con tiradas no palpable.

Tórax: Normalíneo con buena entrada y salida de aire.

a) Ap. Resp.: \_\_\_\_\_

b) Ap. Card.: \_\_\_\_\_

Tanner mamario: Sin alteración aparente

Abdomen: Blando depresible sin visceromegalias, peristalsis presente.

Extremidades: Miembros íntegros y funcionales.

Genitales: De acuerdo a la edad y sin alteración.

Tanner genital: Sin alteración aparente

Ano y recto: Sin alteración aparente

Tanner púbico: De acuerdo a la edad

Vas. Periférico: Sin alteración aparente

Neurológico: Sin alteración aparente

Col. Vertebral: Sin alteración aparente

Nombre del médico que realizó la historia:

Romina Coronado Argüello

Firma

[Firma]

Nombre y firma del médico que revisó la historia:



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 3ª 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.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Eugenio Gutierrez Gómez			
2. FECHA DE NACIMIENTO 18/03/1984		3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Chiapas			
5. CURP GUGOBH40318MCSRRM09			
6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA 36 años cumplidos			
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda: Fraccionamiento 10.2 Número de la vivienda: Comitán	
10.3 Núm. Exterior: 8 10.4 Núm. Interior: 8 10.5 Tipo de asentamiento humano: Comitán 10.6 Nombre del asentamiento humano: Comitán		10.7 Código Postal: 810097 10.8 Localidad: Comitán 10.9 Municipio o delegación: Comitán 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): Chiapas	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada en: Completada <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Maestro		12.1 Trabajaba: Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación: 8894	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica: ISSSTE 14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES): Comitán			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Fraccionamiento 15.2 Número de la vivienda: Comitán			
15.3 Núm. Exterior: 8 15.4 Núm. Interior: 8 15.5 Tipo de asentamiento humano: Comitán 15.6 Nombre del asentamiento humano: Comitán		15.7 Código Postal: 810097 15.8 Localidad: Comitán 15.9 Municipio o delegación: Comitán 15.10 Entidad federativa: Chiapas	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 22/09/2020 18:45			
17. ¿TIVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar causas de morir - ejemplo: paro cardíaco, estres, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte directamente a) Traumatismo craneo encefálico b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II: Causa estadiológica (enfermedad que condujo a la muerte, pero no relacionada con la enfermedad o estado patológico que provocó la muerte) 21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron captales (es decir, relacionadas con el embarazo, parto o puerperio)? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Se causó mediante un accidente o embriaguez, por la o por su pareja? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA? ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input checked="" type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desarrollo de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 ¿Se dio durante la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o caminata (vía pública) <input checked="" type="radio"/> Vivienda colectiva (vivienda, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a): Área industrial (obra, fábrica u otras) <input type="radio"/> Trabajo (trabajo o pasante) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: Accidente automovilístico 22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: Calle Benito Juárez 22.7 Tipo de vivienda: Comitán 22.8 Nombre del asentamiento humano: Chiapas 22.9 Municipio o delegación: Comitán 22.10 Entidad federativa: Chiapas 23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Ramona Coronado Argüello 24. PARENTESCO CON EL/AL FALLECIDO(A) 25. CERTIFICADA POR: Médico forense <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Peritaje autorizado por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Explicar: 26. NOMBRE DEL CERTIFICANTE José Pérez León 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Pérez León 28. DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE Barrío Los Sabinos 29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 30/11/2020 30. FECHA DE REGISTRO CIVIL 22/09/2020 31. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICINA O ANEXO: 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL: 33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL: 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL: 35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:			



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO
00000000

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

Form containing personal and medical data: 1. NOMBRE (María Guadalupe Hernández Gómez), 2. LUGAR DE NACIMIENTO (Comitán de Domínguez, México), 3. FECHA DE NACIMIENTO (27/01/1998), 4. ESTADO CONYUGAL (En unión libre), 5. RESIDENCIA (Benito Juárez 536, Comitán de Domínguez, México), 6. NÚMERO DE EMBARAZOS (0), 7. NÚMERO DE HIJOS (0), 8. NÚMERO DE HIJOS ANTERIORES (0), 9. ORDEN DEL NACIMIENTO (1), 10. ¿VIVE LA MADRE? (Sí), 11. ATENCIÓN PRENATAL (Recibió atención), 12. ¿VIVE LA MADRE? (Sí), 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD (ISSSTE), 14. ESCOLARIDAD (Primaria completa), 15. OCUPACIÓN HABITUAL (Ama de casa), 16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO (22/09/2020 19:50), 17. SEXO (Mujer), 18. EDAD GESTACIONAL (38), 19. TALLA (50), 20. PESO AL NACER (3000), 21. APGAR (10), 21.2 SILVERMAN (0), 22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS (BCG, Hepatitis B, A, K), 23. TAMIZ NEONATAL (Metabólico, Auxilios), 24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO (Único, Gemelar, Trínico), 25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, 26. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO (Médico), 27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO (ISSSTE Comitán), 28. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO (Benito Juárez 536, Comitán de Domínguez, Chiapas), 29. NOMBRE (Romina Coronado Argüello), 30. CERTIFICADO POR (Médico obstetra), 31. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA (No), 32. DOMICILIO Y TELÉFONO (Avenida Central 48, Comitán de Domínguez, Chiapas), 33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA (No), 34. FIRMA (Romina Coronado Argüello), 35. FECHA DE CERTIFICACIÓN (22/09/2020).



SELO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ

