

Universidad del sureste  
Escuela de medicina humana

**LLENADO DE FORMATOS  
DOCUMENTOS MEDICO LEGALES  
MEDICINA FORENSE**

**Dr.: LEONARDO NANDUCA**

Por: Diego Armando Hernández Gómez

5 semestre grupo B

Comitán de Domínguez, Chiapas, México octubre del 2020

---



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

Nombre:	JOSE LUIS DE JESUS MIRANDA ROBLES	Fecha:	20 DE SEPTIEMBRE DEL 2020				
No. Afiliación:							
Fecha de nacimiento:	O9 DE OCTUBRE DE 1992	Edad:	28 AÑOS	Género:	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Informante (parentesco):	PADRE	Edad:	54 años	Escolaridad:	PRIMARIA		
Religión:	CATOLICO	Discapacidad	Si <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Idioma	Español: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	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.

Paciente del sexo masculino que refiere dolor de garganta al momento de deglutir alimentos, presenta tos, y un poco de escurrimiento nasal hialino, refiere sentir fiebre, y mialgias y artralgias.

**APARATOS Y SISTEMAS**

Neurológico: Niega cefalalgia, pérdida de conocimiento, mareos vértigo y trastornos del equilibrio, movimientos anormales involuntarios, debilidad muscular, convulsiones, trastornos de la visión, dolor hormigueo y adormecimiento, trastornos del sueño.

Respiratorio: Rinorrea, rinolalia, expectoración, disnea, sin dolor torácico, sin epistaxis, sin disfonía, Sin hemoptisis, sin sibilancias audibles a distancia

Digestivo: Niega trastornos de la deglución, de la digestión, de la defecación, nausea, vómito, dolor abdominal, diarrea, constipación, ictericia, rumiación, regurgitación, pirosis, aerofagia, eructos, meteorismos, distensión abdominal, flatulencia, hematemesis, características de las heces fecales, diarrea, acolia, hipocolia, melena, rectorragia, lientería, pujo, tenesmo y prurito anal.

Cardiovascular: Niega disnea, dolor precordial, palpitaciones, síncope, lipotimia, edema, cianosis, acúfenos, fosfenos.

Genitourinario-Renal Niega dolor renoureteral, hematuria, piuria, coluria, oliguria, tenesmo, cólico renal, edema, trastornos en el volumen urinario, nictámero, urgencia, características del

chorro urinario.

Musculo-esquelético: Con artralgias, sin alteraciones en la marcha, sin hipotonía, disminución del volumen muscular, limitación de movimientos y deformidades

Piel y anexos: Niega coloración, pigmentación, prurito, características del pelo, uñas, lesiones (primarias y secundarias), hiperhidrosis y xerodermia

Diagnósticos previos: ninguno

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: ninguno

Terapéutica previa: Refiere haber tomado una pastilla de paracetamol.



Leche: 3/7 Huevo: 3/7 Frutas: 4/7 Cereales: 3/7  
Verduras: 5/7 Leguminosas 5/7

**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: \_\_\_\_\_ enero del  
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)

Seguó objetos:  Sonrió:  Sostuvo la cabeza:  Se sentó:   
Caminó:  Control de esfínteres: Vesical:  Anal:   
Escolaridad actual: preparatoria 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:  si  no Uso de anticonceptivos: Si \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ NA \_\_\_\_\_

**Habitación:**

Eliminación de excretas: Fecalismo: Baño con drenaje 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 (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**

negadas

---

## EXPLORACION FISICA

Peso: 60 Kg. Talla: 1.70 cm. P. cef: 58 cm cm. P. Brazo 22 cm.  
P. pierna:          cm. Seg. sup:          cm. Seg. inf.:          cm.  
F.C.: 76 x' F.R.: 24 x' Temp: 37 °C. T.A.: 120/80

### Aspecto General

Piel y faneras:         

Cabeza: Normocefalo con cabello abundante con aparente coloración buena, cuenta con cejas pobladas, ojos centrales simetricos, isocorias normoflexicas, reacción de miosis ante la luz, narinas permeables, mucosa oral normohidratada con labios normales, cuenta con leve inflamación de orofaringe. En la cavidad bucal la paciente cuenta con todos sus dientes sin signos de inflamación de las encías

Ojos: Ninguna alteración aparente

Oídos: Ninguna alteración aparente

Boca y faringe:         

Cuello: Central cilíndrico cortó con tiroides no palpable sin ingurgitaciones pulsos dentro de la normalidad. Sin adenomegalias.

Tórax: Normolineo con buena entrada y salida de aire, espacios intercostales levemente definido, obstrucción de moco en las vías respiratorias, cuenta con ritmo cardiacos rítmicos y con buena intensidad sin soplos sin S3

a) Ap. Resp.:         

b) Ap. Card.:         

Tanner mamario:         

Abdomen: : Blando depresible sin visceromegalias, con peristalsis presente, audible, no doloroso a la Palpación media y profunda. Sin datos de irritación peritoneal. Percusión con sonido normales sin exceso de gases.

Extremidades: normales

Genitales: De acuerdo a la edad

Tanner genital: De acuerdo a la edad

Ano y recto: Sin lesiones

Tanner púbico: De acuerdo a la edad

Vas. Periférico:         

Neurológico: Orientado en tiempo y espacio sin alteración neurológica

Col. Vertebral:         

Nombre del médico que realizó la historia: Armando Hernández Gómez

Firma         

Nombre y firma del médico que revisó la historia:



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO  
022174071

ANTES DE LLENAR 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  
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.

**DATOS DE LA MADRE**

1. NOMBRE: Cristina Ivon Zuñiga Nazquez  
 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): 21UINIC912101115M1C1S1X121R10131 Se ignora

2. LUGAR DE NACIMIENTO: Comitan De Dominguez Chiapas  
 2.1 Municipio o delegación: Chiapas 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera): Chiapas

3. FECHA DE NACIMIENTO: 15/01/1992 4. EDAD: 25  
 5.1 ¿Se considera indígena?  Sí  No  Se ignora  5.2 ¿Habla segunda lengua indígena?  Sí  No  Se ignora  5.3 ¿Cuál lengua indígena habla?

6. ESTADO CONYUGAL:  En unión libre  15 Separado  16 Divorciado  13 Viuda  14 Soltera  12 Casada  11 Se ignora  99

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: Calle Lira 2912916  
 7.1 Tipo de vivienda: Colonia 7.2 Nombre de la vivienda: San Juan De Los Lagos 7.3 Núm. Exterior: 2912916 7.4 Núm. Interior:   
 7.5 Tipo de asentamiento humano: San Cristobal de las Casas 7.6 Nombre del asentamiento humano: San Cristobal de las Casas 7.7 Código Postal: Chiapas 7.8 Localidad: San Cristobal de las Casas 7.9 Municipio o delegación: Chiapas 7.10 Entidad federativa: Chiapas 7.11 Teléfono:

8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): 02 Se ignora  99  
 9. NÚMERO DE HIJOS (AS): 02 Se ignora  99  
 9.1 Nacidos Muertos (as): 01 Se ignora  99  
 9.2 Nacidos Vivos (as): 01 Se ignora  99  
 9.3 Sobrevivientes: 02 Se ignora  99

10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ: Vivo (a)  10.1 Vive con:  Sí  No  Se ignora  99  
 Muerto (a)  02 No ha tenido otros hijos (as)  03 Se ignora  99

11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples): 02 Se ignora  99

12. ATENCIÓN PRENATAL: 12.1 ¿Recibió atención?  Sí  No  Se ignora  99 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero  01 Segundo  02 Tercero  03 Se ignora  99 12.3 Total de consultas recibidas: 108 Se ignora  99

13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)?:  Sí  No  02 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción:

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Seguro Popular  07 ISSSTE  03 SEDENA  05 Seguro Popular  07 CIRA  08 IMSS  02 PEMEX  04 SEMAR  06 IMSS Prospera  10 Se ignora  99 14.1 Número de seguridad social o afiliación: 0711708723

15. ESCOLARIDAD: Profesional  08 Ninguna  01 Primaria  03 Secundaria  05 Bachillerato o preparatoria  07 15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  Incompleta  02

16. OCUPACIÓN HABITUAL: Radiologa Se ignora  99 16.1 Trabaja actualmente:  Sí  No  Se ignora  99

**DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO**

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 15/01/2017 03:12  
 18. SEXO: Mujer  02 Hombre  01 19. EDAD GESTACIONAL: 39 Semanas

20. TALLA: 49 Centímetros 21. PESO AL NACER: 2694 Gramos 22.1 APGAR: 09 (A los 5 minutos) 22.2 SILVERMAN: 010 (A los 5 minutos) 23. TAMIZ AUDITIVO: Sí  01 No  02

24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 24.1 BCG:  Sí  No  02 24.2 Hepatitis B:  Sí  No  02 24.3 (A):  Sí  No  02 24.4 (K):  Sí  No  02 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Único  01 Gemelar  02 Tres o más  03

26. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO:  CÓDIGO CIE:  Uso exclusivo del personal codificador

27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: Eutócico  01 Distócico  02 → ¿Se usaron fórceps?  Sí  No  02 Cesárea  02 Otro  03 → Especifique:

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Hospital de la mujer Insurgentes 24  
 Secretaría de Salud  01 ISSSTE  04 SEDENA  05 IMSS Prospera  02 Otra unidad pública  08 28.1 Nombre de la unidad médica: Hospital de la mujer Insurgentes 24  
 IMSS  03 PEMEX  05 SEMAR  07 Unidad médica privada  10 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 10101015177B 2912510  
 Vía pública  11 Hogar  12 Otro lugar  13

29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: Médico  → Gineco-obstetra  11 Otro especialista\*  12 Residente  13 General  14 MPSS  15 MIP  16  
 Enfermera  02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud\*  03 Partera  04 Otro\*  08 \*Especifique:

30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: Avenida Insurgentes 24  
Barrio Santa Lucia 2912510  
San Cristobal de las Casas San Cristobal de las Casas Chiapas  
 30.1 Tipo de vivienda: Insurgentes 30.2 Nombre de la vivienda: Santa Lucia 30.3 Núm. Exterior: 24 30.4 Núm. Interior: 2912510  
 30.5 Tipo de asentamiento humano: San Cristobal de las Casas 30.6 Nombre del asentamiento humano: San Cristobal de las Casas 30.7 Código Postal: 2912510  
 30.8 Localidad: San Cristobal de las Casas 30.9 Municipio o delegación: San Cristobal de las Casas 30.10 Entidad federativa: Chiapas

**DATOS DEL CERTIFICANTE**

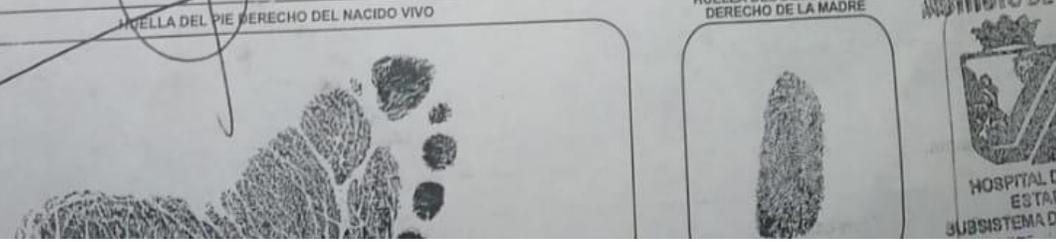
31. NOMBRE: Diego armando Hernández Gómez

32. CERTIFICADO POR: Director Director  
 Médico pediatra  01 Médico  02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud\*  04 Partera  05 Autoridad civil\*  06 Gineco-obstetra  07 Otro médico\*  02 Enfermera  03 \*Especifique: Director

33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 39093 Número de cédula profesional 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA: Insurgentes 24  
 34.1 Nombre de la unidad médica: Insurgentes 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 24

35. DOMICILIO Y TELÉFONO: Avenida Insurgentes 24  
Barrio Santa Lucia 2912510  
San Cristobal de las Casas San Cristobal de las Casas Chiapas  
 35.1 Tipo de vivienda: Insurgentes 35.2 Nombre de la vivienda: Santa Lucia 35.3 Núm. Exterior: 24 35.4 Núm. Interior: 2912510  
 35.5 Tipo de asentamiento humano: San Cristobal de las Casas 35.6 Nombre del asentamiento humano: San Cristobal de las Casas 35.7 Código Postal: 2912510  
 35.8 Localidad: San Cristobal de las Casas 35.9 Municipio o delegación: San Cristobal de las Casas 35.10 Entidad federativa: Chiapas 35.11 Teléfono: 96176780770

36. FIRMA: [Firma] 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 15/01/2017  
 Día Mes Año



022174071

