

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:	09 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 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 ( x ) **Sabin** al nacer ( ) 2 m ( ) 4 m ( ) 6 m Dosis adicionales campañas ( x )  
**Hepatitis B** al nacer ( x ) 2 meses ( ) 6 meses ( ) Refuerzos ( x )  
**Pentavalente acelular:** DPaT+VPI+Hib: 2 m ( x ) 4 m ( ) 6 m ( ) Refuerzo 18 m ( x )  
**Rotavirus** 2 m ( x ) 4 m ( x ) **Antineumocócica conjugada** 2 m ( ) 4 m ( ) Refuerzo 12 m ( x )  
**Pentavalente esquema previo DPT+HB+Hib;** 2 m ( ) 4 m ( ) 6 m ( ) Refuerzo 18 m ( )  
Influenza: 6 m ( x ) 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)

Siguió objetos: x Sonrió: x Sostuvo la cabeza: x Se sentó: x  
Caminó: x Control de esfínteres: Vesical: x Anal: x  
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: x si no Baño familiar: x Comunal: \_\_\_\_\_  
Convivencia con animales: si x no Cual (es): \_\_\_\_\_  
Piso de la casa: Tierra: \_\_\_\_\_ Cemento: x 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: x si no Teléfono: x si no Automóvil: x si no  
Exposición a sustancias tóxicas: si x 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 cimetricos, 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

1. NOMBRE Cristina Ivon Zuñiga Nazquez  
Número (N) Primer Apellido Segundo Apellido

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) 21UINIC912101115M1C1S1X121R10131 Se ignora

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

3. FECHA DE NACIMIENTO 15/01/1992 25  
Día Mes Año 4. EDAD Años

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

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO Calle Lira 2912916  
7.1 Tipo de vivienda 7.2 Nombre de la vivienda 7.3 Núm. Exterior 7.4 Núm. Interior

Colonia San Juan De los Lagos  
7.5 Tipo de asentamiento humano 7.6 Nombre del asentamiento humano

San Cristóbal de las Casas Chiapas  
7.8 Localidad 7.9 Municipio o delegación 7.10 Entidad federativa 7.11 Teléfono

8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 02 Se ignora

9. NÚMERO DE HIJOS (AS):  
 9.1 Nacidos Muertos (as) 01 Se ignora

9.2 Nacidos Vivos (as) 02 Se ignora

9.3 Sobrevivientes 02 Se ignora

10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ:  
 Vivo (a)  10.1 Vive con:  Sí  No  Se ignora

Muerta (a)  02 No ha tenido otros hijos (as)  03 Se ignora

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

12. ATENCIÓN PRENATAL  
 12.1 ¿Recibió atención?  Sí  No  Se ignora

12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta:  
 Primero  01 Segundo  02 Tercero  03 Se ignora

12.3 Total de consultas recibidas 108 Se ignora

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

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  01 ISSSTE  03 SEDENA  05 Seguro Popular  07 CIRA  08 IMSS  02 PEMEX  04 SEMAR  06 IMSS Prospera  10 Se ignora  09 0711708723  
14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. ESCOLARIDAD: Ninguna  01 Primaria  03 Secundaria  05 Bachillerato o preparatoria  07 Profesional  08 Posgrado  10 15.1 La escolaridad seleccionada es:  Completa  Incompleta  02

16. OCUPACIÓN HABITUAL Radióloga Se ignora  09 16.1 Trabaja actualmente:  Sí  No  Se ignora

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 15/01/2017 03:12  
Día Mes Año Hora Minutos

18. SEXO  01 Hombre  02 Mujer

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  01 Sí  02 No

24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS  
 24.1 BCG  01 Sí  02 No 24.2 Hepatitis B  01 Sí  02 No 24.3 (A)  01 Sí  02 No 24.4 (K)  01 Sí  02 No

25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Único  01 Gemelar  02 Tres o más  03

26. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO  
 a) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_

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

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Secretaría de Salud  01 ISSSTE  04 SEDENA  05 IMSS  02 Otra unidad pública  08 Hospital de la mujer  09  
28.1 Nombre de la unidad médica

IMSS  03 PEMEX  05 SEMAR  07 Unidad médica privada  10 151515151515177B  
28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

28.3 Tipo de atención:  01 Vía pública  02 Hogar  03 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  
30.1 Tipo de vivienda 30.2 Nombre de la vivienda 30.3 Núm. Exterior 30.4 Núm. Interior

Barrio Santa Lucía 2912510  
30.5 Tipo de asentamiento humano 30.6 Nombre del asentamiento humano 30.7 Código Postal

San Cristóbal de las Casas Chiapas  
30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa

31. NOMBRE Diego armando Hernández Gómez

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

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 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

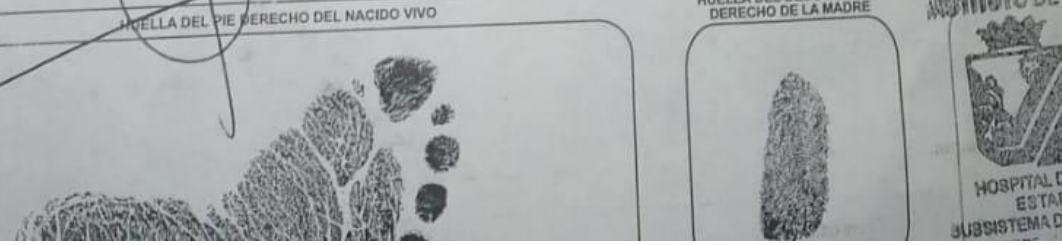
35. DOMICILIO Y TELÉFONO Avenida Insurgentes 24  
35.1 Tipo de vivienda 35.2 Nombre de la vivienda 35.3 Núm. Exterior 35.4 Núm. Interior

Barrio Santa Lucía 2912510  
35.5 Tipo de asentamiento humano 35.6 Nombre del asentamiento humano 35.7 Código Postal

San Cristóbal de las Casas Chiapas 96176780770  
35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono

36. FIRMA \_\_\_\_\_

37. FECHA DE CERTIFICACIÓN 15/01/2017  
Día Mes Año



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.

022174071

