



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

Nombre: Lizbeth Anahí Ruiz Córdova Fecha: 23 de septiembre del 2020
No. Afiliación: _____
Fecha de nacimiento: 12 de abril 1999 Edad: 21 años Género: M F
Informante (parentesco): _____ Edad: _____ años Escolaridad: Licenciatura
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.

Dolor abdominal, fiebre cuantificada y rinorrea hialina.

Tiempo de evolución: Hace 7 días y rinorrea con evolución de 6 semanas.

Inicio con fiebre cuantificada de 39.1 C° posteriormente manifestación de dolor abdominal con inflamación de zona pélvica.

APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico: Niega

Respiratorio: Niega tos, niega disnea, niega cianosis

Digestivo: Niega halitosis, niega boca seca, niega nauseas

Cardiovascular: Niega Hemoptisis, niega cianosis

Genitourinario-Renal: Niega alteraciones de la micción

Musculo-esquelético: Niega alteraciones osteomuscular

Piel y anexos: _____

Diagnósticos previos: _____

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: _____

Terapéutica previa: No refiere ingesta de medicamentos

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive:
si no Edad: 53 Años años Escolaridad: Profesional

Ocupación: Maestra jubilada Gesta: 3 Parto: 3 Abortos: 1 Cesáreas: 0

Toxicomanías:
si no Especifique: _____

Padre vive:
si no Edad: 67 años años Escolaridad: Profesional

Ocupación: Maestro jubilado Toxicomanías:
si no Especifique: _____

Hermanos: número 2 Vivos: 2 Edades: 24 años y 13 años

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. Talla: _____ 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: 48 meses. Ablactación: _____ meses

Destete: _____ meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: 3

Leche: 3 Huevo: 3 Frutas: 5 Cereales: 3
Verduras: 7 Leguminosas 2

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:

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: Sonrió: Sostuvo la cabeza: Se sentó:

Caminó: Control de esfínteres: Vesical: Anal:

Escolaridad actual: Años escolares reprobados:

Datos anormales en el desarrollo:

Desarrollo puberal

Inicio de: Telarca: 9 Años Pubarca: 9 años Adrenarca:

Edad de espermaquia:

Ciclos Menstruales: Frecuencia: 32 días Duración: 7 días Cantidad: 3-4 por día
(num. toallas promedio/ día)

Dismenorrea: X Uso de anticonceptivos: Si ¿Cuál? No NA X
si no

Habitación:

Eliminación de excretas: Fecalismo: Letrina: Tipo inglés:

Agua intradomiciliaria: X Baño familiar: X Comunal:
si no

Convivencia con animales: X Cual (es):
si no

Piso de la casa: Tierra: Cemento: Recubrimiento: Azulejo

Número de cuartos en la casa 4 (excluir cocina y baño); Número de personas que duermen en la casa 5 (incluir a todo los niños)

Refrigerador: X Teléfono: X Automóvil: X
si no si no si no

Exposición a sustancias tóxicas: X Cuales:
si no

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

EXPLORACION FISICA

Peso: 68 Kg. Talla: 165 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:
Cabeza:
Ojos:
Oídos:
Boca y faringe:
Cuello:
Tórax:
 a) Ap. Resp.:
 b) Ap. Card.:
Tanner mamario:
Abdomen:
Extremidades:
Genitales:
Tanner genital:
Ano y recto:
Tanner púbico:
Vas. Periférico:
Neurológico:
Col. Vertebral:

Nombre del médico que realizó la historia: Lizbeth Anahi Ruiz Cordova
Firma
Nombre y firma del médico que revisó la historia: Dayan Graciela Albores Ocampo



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Marzo 2010
FOLIO
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 Lizbeth Anahi Ruiz Cordova
 Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) RUCCL990411ZMC1521R2013 Se ignora 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO Comitan de dominguez Mexicana
 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO 12/04/1999 4. ESTADO CONYUGAL
 Día Mes Año En unión libre 15 Separada 16 Divorciada 17 Viuda 14 Soltera 12 Casada 11 Se ignora 99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELEFONO LA SUR ORIENTE S/N Barrio esmeralda Frontera comalapa
 5.1 Calle y número 5.2 Colonia 5.3 Localidad
Chiapas Mexico 963137048
 5.4 Municipio o delegación 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) 5.6 Teléfono

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 02 Se ignora 99 7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) 02 Se ignora 99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS) (incluye el actual) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) 02 Se ignora 99 8.2 Sobrevivientes 02 Se ignora 99
 9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (a) 1 → 9.1 Vive aun 1 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior No 2 Muerto (a) 2 No ha tenido otros hijos (as) 3 Se ignora 99 9.4 Día Mes Año 11/10/1996

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considera vivos, muertos, múltiples) Se ignora 99 11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? Sí 1 No 2 Se ignora 99 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero 1 Segundo 2 Tercero 3 Se ignora 99 11.3 Total de consultas recibidas 9 Se ignora 99

12. ¿VIVE LA MADRE? Sí 1 No 2 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 13.1 Número de seguridad social o afiliación IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

14. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 6 Profesional 8 Se ignora 99
 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 7 Posgrado 10

15. OCUPACIÓN HABITUAL Maestra Resolcar Se ignora 99 15.1 Trabaja actualmente Sí 1 No 2 Se ignora 3

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 12/04/1999 11:50:00 17. SEXO Hombres 1 Mujer 2 18. EDAD GESTACIONAL 38 Semanas
 Día Mes Año Hora Minutos

19. TALLA 138 Centímetros 20. PESO AL NACER 3800 Gramos 21.1 APGAR (a los cinco minutos) 21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos)

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS Vitaminas 23. TAMIZ NEONATAL 24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
 22.1 BCG Sí 1 No 2 22.2 Hepatitis B Sí 1 No 2 22.3 (A) Sí 1 No 2 22.4 (K) Sí 1 No 2 23.1 Metabólico Sí 1 No 2 23.2 Auditivo Sí 1 No 2 Unco 1 Gemelar 2 Tres o mas 3

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO CLAVE CIE-10
 a) _____
 b) _____

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal 1 Cesárea 2 Fórceps 3 Otro 8 Especifique _____

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud 1 ISSSTE 4 SEDENA 6 Oportunidades 2 Otra unidad pública 8 botech Vía pública 11
 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 10 27.1 Nombre de la unidad médica Hogar 12
 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Otro lugar 13

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico 1 Enfermera 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 3 Partera 4 Otro 8 Especifique _____

29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
 29.1 Calle y número 29.2 Colonia comitan de dominguez 29.3 Localidad
 29.4 Municipio o delegación 29.5 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

30. NOMBRE Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

31. CERTIFICADO POR Médico pediatra 1 Médico gineco-obstetra 7 Otro médico 2 Enfermera 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Partera 5 Autoridad civil 6 Especifique _____

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional 33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? 33.1 Nombre de la unidad médica 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

34. DOMICILIO Y TELEFONO 34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad
 34.4 Municipio o delegación 34.5 Entidad federativa 34.6 Teléfono

35. FIRMA [Firma] 36. FECHA DE CERTIFICACIÓN 23/09/2020
 Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



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 GOBIERNAMENTAL.
 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) Lizbeth Anahi Ruiz Cardova		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Mexico	
2. FECHA DE NACIMIENTO 12/01/1999		5. CURP RUCCL990412MCSZR203		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año o más: _____		9. ESTADO CIVIL En unión libre <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: _____ 10.2 Nombre de la vivienda: _____	
10.3 Núm. Exterior: 13011410		10.4 Núm. Interior: _____		10.5 Tipo de asentamiento humano: Frontera comalapa chiapas	
10.6 Nombre del asentamiento humano: _____		10.7 Código Postal: _____		10.8 Localidad: chiapas	
10.9 Municipio o delegación: _____		10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero): Mexico		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o profesional <input type="radio"/> Postgrado <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: _____		12.1 Ocupación habitual: Estudiante		12.2 Trabaja: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica: _____		14.2 Círculo Único de Establecimientos de Salud (CUES): _____		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: _____ 15.2 Nombre de la vivienda: _____	
15.3 Núm. Exterior: _____		15.4 Núm. Interior: _____		15.5 Tipo de asentamiento humano: _____	
15.6 Nombre del asentamiento humano: _____		15.7 Código Postal: _____		15.8 Localidad: chiapas	
15.9 Municipio o delegación: _____		15.10 Entidad federativa: Mexico		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16.1 Día: 12 16.2 Mes: 3 16.3 Año: 2017 16.4 Hora: 20 16.5 Minutos: 23	
17. ¿TUVO 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 jergal médica de moda - ejemplo: paro cardíaco, asfemia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existieron, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: Diabético	
21. Si la defunción corresponde a una mujer de 19 a 54 años, especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> suicidio <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda particular <input checked="" type="radio"/> Calle o caminata (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (casco, ornato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o caminata (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenga el presunto agresor con ella (fallecida): _____		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____		22.7.3 Núm. Exterior: 13011410		22.7.4 Núm. Interior: _____	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Frontera comalapa chiapas		22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____		22.7.7 Código Postal: _____	
22.7.8 Localidad: chiapas		22.7.9 Municipio o delegación: _____		22.7.10 Entidad federativa: Mexico	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(RA) FALLECIDO(A) Número de la cédula profesional: _____		26. FIRMA _____ 28. FIRMA	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: _____ 29.2 Nombre de la vivienda: _____ 29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o delegación: _____ 29.10 Entidad federativa: _____ 29.11 Teléfono: _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 12 Mes: 03 Año: 2017		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: chiapas 32.2 Municipio o delegación: Mexico		32.3 Entidad federativa: _____		32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____	

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