



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

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 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: <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Para menores de un año o más: <input type="text"/>		9. ESTADO CIVIL En unión libre <input type="radio"/> Separado/a <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: <input type="text"/> 10.2 Nombre de la vivienda: <input type="text"/>	
10.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 10.4 Núm. Interior: <input type="text"/> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <input type="text"/>		10.6 Nombre del asentamiento humano: <input type="text"/>		10.7 Código Postal: <input type="text"/> 10.8 Localidad: <input type="text"/> 10.9 Municipio o delegación: <input type="text"/>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Prescrite <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o profesional <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabaja: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación: <input type="text"/>	
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"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación: <input type="text"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input checked="" type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <input type="text"/> 15.2 Nombre de la vivienda: <input type="text"/>		15.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 15.4 Núm. Interior: <input type="text"/> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <input type="text"/>		15.6 Nombre del asentamiento humano: <input type="text"/>	
15.7 Código Postal: <input type="text"/> 15.8 Localidad: <input type="text"/> 15.9 Municipio o delegación: <input type="text"/>		15.10 Entidad federativa: <input type="text"/>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16.1 Fecha: <input type="text"/> 16.2 Hora: <input type="text"/>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <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.) a) Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/> b) Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/> c) Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/> d) Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <input type="text"/>		21.1 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"/>	
22.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: 22.1.1 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: Vivienda particular <input checked="" type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (casco, ornato, etc.) <input type="radio"/> Calle o caminata (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella (fallecida): <input type="text"/>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <input type="text"/>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <input type="text"/> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <input type="text"/>		22.7.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 22.7.4 Núm. Interior: <input type="text"/> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <input type="text"/>		22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <input type="text"/>	
22.7.7 Código Postal: <input type="text"/> 22.7.8 Localidad: <input type="text"/> 22.7.9 Municipio o delegación: <input type="text"/>		22.7.10 Entidad federativa: <input type="text"/>		23. NOMBRE Nombre(s): <input type="text"/> Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/>	
24. PARENTESCO CON EL(RA) FALLECIDO(A): <input type="text"/>		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: <input type="text"/>	
27. NOMBRE Nombre(s): <input type="text"/> Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/>		28. FIRMA <input type="text"/>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <input type="text"/> 29.2 Nombre de la vivienda: <input type="text"/>	
29.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 29.4 Núm. Interior: <input type="text"/> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <input type="text"/>		29.6 Nombre del asentamiento humano: <input type="text"/> 29.7 Código Postal: <input type="text"/>		29.8 Localidad: <input type="text"/> 29.9 Municipio o delegación: <input type="text"/>	
29.10 Entidad federativa: <input type="text"/> 29.11 Teléfono: <input type="text"/>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm.: <input type="text"/> Libro Núm.: <input type="text"/>	
31.1 Acta Núm.: <input type="text"/>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <input type="text"/> 32.2 Municipio o delegación: <input type="text"/>		32.3 Entidad federativa: <input type="text"/> 32.4 Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	

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