



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

Nombre: Johan González Requena Fecha: 22 de septiembre del 2020  
No. Afiliación: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: 30 de mayo del 2019 Edad: 1 año 3 meses Género:  M  F  
Informante (parentesco): Mama Edad: 30 años Escolaridad: Licenciatura  
Religión:  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.

Paciente masculino de 1 años 3 meses, quien se presenta a consulta por estar irritable desde el día de ayer. Al realizar el Interrogatorio a la madre refiere que el niño presento sialorrea, llanto que se controlaba al introducirse objetos a la boca, no algún otro síntoma.

Se realiza exploración de boca y brote dental, presenta incisivos centrales inferiores y superiores, encías eritematosas, aparente brote de los incisivos laterales.

**APARATOS Y SISTEMAS**

Neurológico: De acuerdo a la edad, consiente y orientada  
Respiratorio: Sin datos de dificultad respiratoria ni ruidos agregados con una frecuencia respiratoria de 25 rpm  
Digestivo: Abdomen blando sin presencia de masas, perístalsis presente sin datos de irritación peritoneal.  
Cardiovascular: \_\_\_\_\_  
Genitourinario-Renal: De acuerdo a la edad y sexo, uresis presente.  
Musculo-esquelético: Marcha normal, miembros íntegros y funcionales.  
Piel y anexos: Piel y tegumentos normales, hidratada, Afebril.

Diagnósticos previos: \_\_\_\_\_

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

Terapéutica previa: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive:  si  no Edad: 30 años Escolaridad: Licenciatura  
Ocupación: Enfermera Gesta: 2 Parto: 2 Abortos:      Cesáreas: 2  
Toxicomanías:  si  no Especifique:     

Padre vive:  si  no Edad: 32 años Escolaridad: Preparatoria  
Ocupación: Chofer Toxicomanías:  si  no Especifique:     

Hermanos: número      Vivos:      Edades:       
Muertos:      Causa (s):     

Padecimientos hereditarios:  
(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.: 1 Curso normal:  si  no Causa:       
Gestación: 39 Semanas. Sitio de atención del parto: IMSS  
Parto eutócico:  si  no Causa:       
Peso: 3.500 Kg. Talla: 51 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: 12 meses. Ablactación: 6 meses  
Destete: 12 meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: 1 vez a la semana

Leche: 7 días Huevo: 1-2 Frutas: 7 días Cereales: 4 días  
Verduras: 7 días Leguminosas 5 días

**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 Dosis adicionales campañas ( )  
**Hepatitis B** al nacer ( x ) 2 meses ( x ) 6 meses ( x ) Refuerzos ( )  
**Pentavalente acelular:** DPaT+VPI+Hib: 2 m ( x ) 4 m ( x ) 6 m ( x ) Refuerzo 18 m ( )  
**Rotavirus** 2 m ( x ) 4 m ( x ) **Antineumocócica conjugada** 2 m ( x ) 4 m ( x ) Refuerzo 12 m ( x )  
**Pentavalente esquema previo DPT+HB+Hib;** 2 m ( x ) 4 m ( x ) 6 m ( x ) Refuerzo 18 m ( )  
Influenza: 6 m ( x ) 7 m ( x ) anual ( ) Fecha última aplicación:

**DPT REFUERZO:** 4 a ( ) Sarampión, rubéola, parotiditis: 1 a ( x ) Refuerzo 6 a ( )  
**Vacunas adicionales (anote tipo de vacuna, dosis y edad de administración)**

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

Siguió objetos: 2 meses Sonrió: 1 mes Sostuvo la cabeza: 3 meses Se sentó: 8 meses  
Caminó: 12 meses Control de esfínteres: Vesical: No Anal: No  
Escolaridad actual: Años escolares reprobados:  
Datos anormales en el desarrollo:

**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: Letrina: Tipo inglés: x  
Agua intradomiciliaria: x si no Baño familiar: x Comunal:  
Convivencia con animales: x si no Cual (es): 2 perros  
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 no Cuales:

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

Refiere no presentar ningún tipo de alergia hasta el momento

## EXPLORACION FISICA

Peso: 11 Kg. Talla: 77 cm. P. cef: 46 cm. P. Brazo 8 cm.  
P. pierna: 15 cm. Seg. sup:            cm. Seg. inf.:            cm.  
F.C.: 110 x' F.R.: 25 x' Temp: 36.5 °C. T.A.:           

### Aspecto General

Piel y faneras: No presenta coloración, pigmentación, prurito, características del pelo, uñas, lesiones (primarias y secundarias), hiperhidrosis y xerodermia

Cabeza: Normocefalo con poco cabello castaño bien implantado sin endostosis ni exostosis, fontanela anterior normotensa, narinas permeables.

Ojos: con cejas medianamente pobladas, ojos centrales simétricos pupilas isocóricas, normoreflexicas narinas permeables,

Oídos: Bien implantado, sin malformaciones, si datos agregados.

Boca y faringe: mucosa oral normohidratada, con labios normales orofaringe normal.

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

Tórax: Normolineo, tegumentos normales, sin presencia de masas.

a) Ap. Resp.: Buena entrada y salida de aire (amplexión y amplexación), murmullo vesicular presente, sin estertores, ni sibilancias,

b) Ap. Card.: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos.

Tanner mamario:           

Abdomen: Blando depresible sin visceromegalias, con peristalsis presente, audible, no doloroso a la palpación media y profunda. Sin datos de irritación peritoneal.

Extremidades: Miembros íntegros y funcionales con buena sensibilidad sin compromiso circulatorio, sin artralgias ni mialgias, fuerza muscular conservada, llenado capilar 2 seg.

Genitales: De acuerdo a edad y sexo

Tanner genital:           

Ano y recto: Sin lteraciones

Tanner púbico:           

Vas. Periférico:           

Neurológico: De acuerdo a la edad, consiente y orientada.

Col. Vertebral: Normolinea, sin presencia de masas, sin presencia de curvaturas.

Nombre del médico que realizó la historia: Gonzalez Requena Nymssi Michell

Firma

Nombre y firma del médico que revisó la Gonzalez Requena Nymssi Michell

historia:



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

México 2010  
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 30 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

**DATOS DE LA MADRE**

1. NOMBRE: Socorro Reguera Constantino  
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP): RELEICSI71B101713111101FIQ1NCIOFI Se ignora  99

2. LUGAR DE NACIMIENTO: México D.F.  
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO: 3.10.71 9.7.8  
Día Mes Año

4. ESTADO CONYUGAL:  15 En unión libre  16 Separada  17 Divorciada  18 Viuda  19 Soltera  20 Casada  21 Se ignora  99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: Carretera Norte #35 Barrío Reforma Motorzintla  
5.1 Calle y número 5.2 Colonia 5.3 Localidad

5.4 Municipio o delegación: Motorzintla 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) 5.6 Teléfono

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): 0.7 Se ignora  99

7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS): 0.7 Se ignora  99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS):  
8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual): 0.7 Se ignora  99  
8.2 Sobrevivientes: 0.7 Se ignora  99

9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIDO:  1 Vivo (a)  2 Muerto (a)  3 No ha tenido otros hijos (as)  4 Se ignora  99

9.1 Vive aún:  1 Sí  2 No  3 Se ignora  99

9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior: 7 7 7  
Día Mes Año

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples): 0.7 Se ignora  99

11. ATENCIÓN PRENATAL:  
11.1 ¿Recibió atención?:  1 Sí  2 No  3 Se ignora  99

11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: 1  
1. Primer trimestre 2 Segundo trimestre 3 Tercer trimestre 4 Se ignora  99

11.3 Total de consultas recibidas: 7 Se ignora  99

12. ¿VIVE LA MADRE?:  1 Sí  2 No  3 Se ignora  99

12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: \_\_\_\_\_

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1, ISSSTE  2, SEDENA  3, Seguro Popular  4, Otra  5, Se ignora  99

13.1 Número de seguridad social o afiliación: 20029

14. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Primaria incompleta  2, Secundaria incompleta  3, Bachillerato o preparatoria incompleta  4, Profesional  5, Se ignora  99

14.1 Primaria completa  6, Secundaria completa  7, Bachillerato o preparatoria completa  8, Posgrado  9

15. OCUPACIÓN HABITUAL: Ama de casa Se ignora  99

15.1 Trabaja actualmente:  1 Sí  2 No  3 Se ignora  99

**DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO**

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 2.10.91 9.9.9 10.7.3.0  
Día Mes Año Hora Minutos

17. SEXO:  1 Hombre  2 Mujer

18. EDAD GESTACIONAL: 3.9 Semanas

19. TALLA: 51.7 Centímetros

20. PESO AL NACER: 3.75.0 Gramos

21. APGAR (a los cinco minutos): 9

22. SILVERMAN (a los cinco minutos): 1

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: Vitaminas  1, 22.1 BCG  1 Sí  2 No  3 Se ignora  99

22.2 Hepatitis B  1 Sí  2 No  3 Se ignora  99

22.3 (A)  1 Sí  2 No  3 Se ignora  99

22.4 (K)  1 Sí  2 No  3 Se ignora  99

23. TAMIZ NEONATAL: 23.1 Metabólico  1 Sí  2 No  3 Se ignora  99

23.2 Auditivo  1 Sí  2 No  3 Se ignora  99

24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO:  1 Único  2 Gemelar  3 Tres o más

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: \_\_\_\_\_

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO: Parto normal  1, Cesárea  2, Fórceps  3, Otro  4, Especifique \_\_\_\_\_

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: Secretaría de Salud  1, ISSSTE  2, SEDENA  3, Oportunidades  4, Otra unidad pública  5, Unidad médica privada  6, Hospital de la Mujer  7, Via pública  8, Hogar  9, Otro lugar  10

27.1 Nombre de la unidad médica: Hospital de la Mujer

27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: Médico  1, Enfermera  2, Persona autorizada por la Secretaría de Salud  3, Partera  4, Otro  5, Especifique \_\_\_\_\_

29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: Barrío Lomas Motorzintla  
29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad

29.4 Municipio o delegación: Motorzintla 29.5 Entidad federativa

**DATOS DEL CERTIFICANTE**

30. NOMBRE: Nymssi Michelle González Reguera  
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

31. CERTIFICADO POR: Médico gineco-obstetra  1, 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: 3001800 Número de cédula profesional

33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?: 3001800 33.1 Nombre de la unidad médica 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

34. DOMICILIO Y TELÉFONO: Carretera del Comercio Frontera Comaltepec  
34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad

34.4 Municipio o delegación: Frontera Comaltepec 34.5 Entidad federativa 34.6 Teléfono

35. FIRMA: 9622778941 [Firma]

36. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 2.10.91 9.9.9  
Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECÉN 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

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 PARTICIPANTES. ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Hermelindo González Arango</b>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>28/06/1948</b>	3. SEXO <b>Hombr</b>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>Estado Aguascalientes</b>	
5. CURP <b>G10AHH806128HC5N1R1011</b>	
6. EDAD COMPLETA <b>72</b>	
7. NACIONALIDAD <b>Mexicana</b>	
8. ESTADO CONYUGAL <b>Separado</b>	
9. RESIDENCIA HABITUAL <b>315</b>	
10. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>315</b>	
11. ESCOLARIDAD <b>Primaria</b>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>no hay</b>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <b>ISSSTE</b>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Secretaría de Salud</b>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>315</b>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>20104120031071301</b>	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN <b>Para cardio respiratorio</b>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <b>No</b>	
19. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS <b>22.1 Fue un presunto homicidio</b>	
20. DEL CERTIFICANTE <b>Numssi González Beltrán</b>	
21. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <b>7 Frontera Comalapa</b>	
22. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <b>7 Frontera Comalapa</b>	

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