



**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: \_\_\_\_\_





## 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 iteraciones

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): RELEICSI71B101713111101FIQ1NCIOF1 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): 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: Vivo (a)  1 Muerto (a)  2 No ha tenido otros hijos (as)  3 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: 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  
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  3 SEDENA  5 Seguro Popular  7 OTRA  8 Se ignora  99  
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 20029

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: 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 10.31.01  
Día Mes Año Hora Minutos

17. SEXO: Hombre  1 Mujer  2

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:  1 Sí  2 No  3 Se ignora  99  
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  99

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: 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 Hospital de la Mujer  9  
IMSS  3 PEMEX  5 SEMAR  7 Unidad médica privada  10 27.1 Nombre de la unidad médica: Hospital de la Mujer  
27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_ 27.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_  
27.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_ 27.5 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_  
27.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_ 27.7 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_  
27.8 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_ 27.9 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_  
27.10 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_ 27.11 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_  
27.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_ 27.13 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  8 Especifique \_\_\_\_\_

29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: Barrío Lomas Motorzintla  
29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad  
Motorzintla 29.4 Municipio o delegación 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 Médico  2 Otro médico  3 Enfermera  4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud  5 Partera  6 Autoridad civil  7 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?:  
33.1 Nombre de la unidad médica: \_\_\_\_\_ 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): \_\_\_\_\_

34. DOMICILIO Y TELÉFONO: Carretera Frontera Comalapa Frontera Comalapa  
34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad  
Frontera Comalapa 34.4 Municipio o delegación 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 Arce</b>		2. FECHA DE NACIMIENTO <b>28/06/1948</b>		3. SEXO <b>Hombr</b>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>Agua Prieta</b>	
5. CURP <b>G10AHH806128HC5N1R1011</b>		6. HABLADA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <b>No</b>		7. NACIONALIDAD <b>Mexicana</b>		8. EDAD COMPLETA <b>72</b>	
9. ESTADO CONYUGAL <b>En unión libre</b>		10. RESIDENCIA HABITUAL <b>315</b>		11. ESCOLARIDAD <b>Primaria</b>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>no hay</b>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <b>IMSS</b>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>315</b>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>315</b>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>2010/12/03 10:13</b>	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN <b>Para cardio respiratorio</b>		18. SE PRACTICÓ NECROPSIA? <b>No</b>		19. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS <b>Accidental</b>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <b>B mi</b>	
21. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <b>Numssi González</b>		22. DOMICILIO Y TELEFONO <b>9103010</b>		23. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <b>9103010</b>		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <b>Esposa</b>	
25. CERTIFICADA POR <b>Médico legista</b>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>Si</b>		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <b>Numssi González</b>		28. FECHA DE CERTIFICACION <b>2010/12/03</b>	
29. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Lidia Juárez</b>		30. DOMICILIO Y TELEFONO <b>9103010</b>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <b>9103010</b>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <b>9103010</b>	

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