



## Universidad del Sureste

CAMPUS COMITÁN

### Licenciatura en Medicina Humana

#### Nombre del trabajo

Historias clínicas

#### Materia

Medicina Interna

#### Grado y grupo

5to A

#### Nombre alumno

Jesús Eduardo Gómez Figueroa

#### Nombre docente

Dra. Karina Romero Solórzano

Comitán de Domínguez Chiapas a 8 de septiembre de 2022



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

51

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 COMO 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.

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s): <u>Margarita</u> Primer Apellido: <u>Gomez</u> Segundo Apellido: <u>Venegas</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u>10</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>1980</u>	
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Sexo <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Estado Libre Asociado de Puerto Rico</u>	
5. CIUDAD <u>San Juan, P.R.</u>	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> Especificar: <u>Estadounidense</u>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: _____ Para menores de un día: Horas: _____ Para menores de un mes: Días: _____ Para menores de un año: Meses: _____ Para menores de un año o más: Años cumplidos: <u>42</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. 1 Foto del Certificado de Nacimiento	
10. 1 Estado Conyugal Separador(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Favoritado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. 10 Si SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Anotar el domicilio permanente donde vivía al fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Edificio</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Edificio</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>100</u> Núm. Interior: <u>100</u> Tipo de asentamiento humano: <u>Edificio</u> 10.4 Núm. del asentamiento humano: <u>100</u> 10.5 Código Postal: <u>00906</u> Localidad: <u>San Juan, P.R.</u> 10.6 Municipio o delegación: <u>San Juan, P.R.</u> 10.7 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero): <u>Puerto Rico</u>	
12. 11 La escolaridad seleccionada es: <u>Alfabetizado</u> 12.1 Ocupación habitual: <u>Administradora</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Trabaja: <u>Si</u> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. 13 Atribución a Servicio de Salud 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"/> BISS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. 14 SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Hospital General para Familiares <u>San Juan</u> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General para Familiares</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): <u>99</u> 14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): <u>99</u> 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): <u>99</u>	
15. 15 DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 15.2 Tipo de asentamiento humano: <u>Calle</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>130</u> Núm. Interior: <u>130</u> Tipo de asentamiento humano: <u>Calle</u> 15.4 Núm. del asentamiento humano: <u>130</u> 15.5 Código Postal: <u>00906</u> Localidad: <u>San Juan, P.R.</u> 15.6 Municipio o delegación: <u>San Juan, P.R.</u> 15.7 Entidad federativa: <u>Puerto Rico</u>	
16. 16 FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>10</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2021</u> Hora: <u>10:14</u>	
17. 17 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. 18 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. 19 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte directamente a) <u>Choque cardiogénico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Intoxicación por Monóxido de Carbono</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> PARTE II Otras causas patológicas agudas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con el antecedente o estado patológico que provocó la muerte <u>Tobaquismo</u>	
20. 20 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____	
21. 21 SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 18 A 54 AÑOS 21.1 Especificar 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 de embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. 22 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 ¿Ocurrió en la vivienda particular, área deportiva, vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.), escuela u oficina pública? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o caminata (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tuvo el presunto agresor con el fallecido(a): <u>Hijo</u> 22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>El hijo se cayó desde un árbol</u>	
23. 23 AÑO EN QUE OCURRIÓ LA LESIÓN DEL PRESUNTO ACCIDENTE, HOMICIDIO O SUICIDIO 23.1 Año: _____ 23.2 Tipo de vivienda: _____ 23.3 Núm. Exterior: _____ 23.4 Núm. Interior: _____ 23.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 23.6 Código Postal: _____ 23.7 Localidad: _____ 23.8 Municipio o delegación: _____ 23.9 Entidad federativa: _____	
24. 24 NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s): <u>Luís Gomez</u> Primer Apellido: <u>Lozano</u> Segundo Apellido: <u>Lozano</u>	
25. 25 CERTIFICADA POR 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"/> Especificar: _____	
26. 26 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>53144021</u>	
27. 27 NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s): <u>José Eduardo Gomez</u> Primer Apellido: <u>Gomez</u> Segundo Apellido: <u>Lozano</u>	
28. 28 FECHA DE FIRMA Día: <u>10</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2021</u>	
29. 29 DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>San Sebastián</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>100</u> Núm. Interior: <u>100</u> 29.4 Núm. del asentamiento humano: <u>100</u> 29.5 Código Postal: <u>00906</u> Localidad: <u>San Juan, P.R.</u> 29.6 Municipio o delegación: <u>San Juan, P.R.</u> 29.7 Entidad federativa: <u>Puerto Rico</u>	
30. 30 FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>10</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2021</u>	
31. 31 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm.: _____ Libro Núm.: _____	
32. 32 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____	

## DATOS PERSONALES

Interrogatorio directo

Nombre: AGC

Genero: Femenino

Edad: 45 años

Lugar y Fecha de Nacimiento: Estado de México, 01 Agosto de 1975

Domicilio: Estado de México, CP. 52540

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Universitaria

Profesión u ocupación: Enfermera en Servicio

Religión: Cristiana evangelica

## ANTECEDENTES

Antecedentes heredo-familiares: Abuelos maternos y paternos finados, desconoce causa. Padre finado a los 63 años por infarto agudo al miocardio sin antecedentes patológicos. Madre finada a los 65 por complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2 con antecedente patológico. Refiere una hermana con diabetes mellitus tipo 2, un hermano con diabetes mellitus tipo 2 con antecedente de cáncer de próstata en remisión desde hace 1 año, una hermana con hipertensión con sobrepeso y una hermana con obesidad.

Antecedentes personales no patológicos:

Alimentación: Realiza tres comidas al día, consume verdura 5/7, frutas 6/7, carne 3/7, pollo 3/7, pescado 1/7, huevo 5/7, embutidos 3/7, intolerancia a los lácteos, agua 7/7 a razón de 1L día, tortillas 7/7 a razón de una tortilla al día.



## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Tipo de Interrogatorio: Directo.

Nombre: Garduño Eduardo Juan

Sexo: Masculino

Edad: 60 años

Fecha de nacimiento: 15/07/1998

Lugar de nacimiento: Distrito Federal

Nacionalidad: Mexicana

Raza: Mestizo

Estado civil: Casado

Religión: Católica

Residencia habitual: Naucalpan Estado de México

Domicilio: Valentín Gómez Farfán Número 4 Colonia Capulín Soledad

Teléfono: 53123318

Ocupación: Trabajador de H. Ayuntamiento

EScolaridad: Primaria

Médico Responsable: Dr. Valenzuela

Nombre de quien elaboro: Gómez Villada Domato Eunice, Guzmán Camillo Karla y Montiel Durán

Anallely.

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuelo paterno finado desconoce la causa

Abuela paterna finada desconoce la causa

Abuelo materno finado desconoce la causa

Abuela materna finada desconoce la causa

Padre finado desconoce la causa

Madre finada desconoce la causa

Hermano: Diabetes mellitus Tipo 2 en tratamiento

Resto preguntado y negado.

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Habita en zona urbana, en casa propia, la cual

melena, ingresa a piso de Medicina Interna para continuar manejo y seguimiento. En este servicio el día martes vomita con sangre dos veces precedidos de náusea, al igual que evacuaciones con sangre 2 veces, el dolor abdominal continúa aunque este ha disminuido.

T/A Exploración Física.

T.A.: 120/90, FR.: 20', FC.: 80', Temperatura: 36°C. Talla: 1.64 Pés.: 75 kg.

→ Melena? Hematoquecia? Rectorragia?

¿Melena? Signo clínico que refleja una hemorragia digestiva por la presencia de deposiciones con sangre digerida (negra pero que puede dejar un cierto rojo oscuro en el margen, parcialmente coagulada, muy molesto, a veces mezclada con heces). Es casi siempre manifestación de una hemorragia digestiva alta copiosa.

¿Hematoquecia? Depositiones de sangre rutilante, roja, fresca y brillante que puede preceder a la defecación, ir mezclada con ella o ser independiente de aquella.

¿Rectorragia? Es un signo que se define como la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o junto con las heces.