

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP

1.166.465.326

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

53585337

53585337



**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código E C D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
REGISTRADURÍA DE POPAYÁN. HOSP. UNIVERSITARIO SAN JOSE - COLOMBIA

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: RODRIGUEZ Segundo Apellido: AGUIRRE

Nombre(s): HELEN SHARAY

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes MAR Día 16 Sexo (en letras): FEMENINO Grupo sanguíneo: O Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CAUCA POPAYÁN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 12200671-5

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: AGUIRRE CARDONA DIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.036.839.008

Nacionalidad: COLOMBIA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ CERON JAIRO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número): CC 5.298.634

Nacionalidad: COLOMBIA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ CERON JAIRO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número): CC 5.298.634

Firma:

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de inscripción: Año 2014 Mes MAR Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ROSANGELA ESTUPIÑAN CALVACHE - RE

Nombre y firma:

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPUBLICA DE COLOMBIA  
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR  
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

**CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD**



SLP No. R 1166465326 EJC

**RODRIGUEZ AGUIRRE HELEN SHARAY**

AFILIADO:

**RODRIGUEZ CERON JAIRO ARMANDO**  
C 5298634

ESM: 3005BAT. DE INF. No. 07 GR. JOSE I

USUARIO: HIJO DISCAPACIDAD: Ninguna

AFILIACION: May 30 2014 VENCE: Mar 16 2032

2

315 5224083  
saiko. - paula.

## ATENCIÓN INFANTIL Y PRE-ESCOLAR (CONTINUACIÓN)

31/20

### 3.3. DESARROLLOS

SOSTUVO LA CABEZA <u>1</u> Meses	AGARRO OBJETOS <u>4</u> Meses	SE SONRIÓ <u>1</u> Meses
SE SENTO _____ Meses	PRIMER DIENTE _____ Meses	GATEO _____ Meses
PRIMERA PALABRA _____ Meses	CAMINA _____ Meses	

### 3.4. INMUNIZACIONES

TIPO DE BIOLÓGICO	FECHA DE APLICACIÓN			
	1ra o única dosis	2da dosis	3ra. dosis	Refuerzos
B.C.G.				
D.P.T.				
POLIO				
PENTAVALENTE				
TRIPLEVIRAL				
HEPATITIS B				
FIEBRE AMARILLA				

### 3.5 PATOLÓGICOS

FECHA DE CONSULTA ( día, mes, año)	27-8 2014	29-11 2014							
1. SARAMPIÓN	No	No							
2. TOSFERINA	No	No							
3. DIFTERIA	No	No							
4. POLIO	No	No							
5. PAROTIDITIS	No	No							
6. DIARREA	No	No							
7. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	No	No							
8. SÍNDROMES COMPULSIVOS	No	No							
9. TRAUMATISMO	No	No							
10. OTROS	No	No							
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	No	No							

**OBSERVACIONES**  
 24-11-14 Se educa sobre gestiones de crianza.

*[Signature]*



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD  
ATENCIÓN INFANTIL Y PRE-ESCOLAR



Rodriguez

Primer Apellido

Aguirre

Segundo Apellido

Helen Sharay

Nombres

No. de Historia Clínica

--	--	--	--	--	--

1166465326

ANTECEDENTES

1. FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE
1. Diababetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Alergias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mentales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otros (Cual es) _____			
6. Hermanos Desnutridos Menores de 5 años _____			
7. No. Hermanos Vivos _____			
8. No. Hermanos Muertos Menores de 5 años _____			
CAUSAS: _____			

2. OBSTETRICOS

	SI	NO
1. Atención Prenatal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Embarazo Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Edad de la madre al nacer el hijo (en años) 26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Edad del embarazo al nacer el hijo (en meses) 9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. PERSONALES

3.1. DEL NACIMIENTO

	SI	NO
1. Parto Institucional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Parto Espontaneo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Presencia Cefálica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Producto único	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Peso 2890 Gms.		
6. Talla 47 Cms.		

- Si se tiene el formulario de recién nacido no diligenciar este numeral.

3.2. ALIMENTARIOS

FECHA DE CONSULTA (DIA MES AÑO)	29-8-2014		24-11-2014																		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
EDAD DEL NIÑO (Meses)			5	8																	
Lactancia M.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>																		
2. OTRAS LECHES		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>																	
3. ALIMENTACIÓN COMPLETA		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>																	
4. EDAD DEL NIÑO AL DESTETE _____																					
5. EDAD DEL NIÑO AL INICIAR OTRAS LECHES _____																					
Cuales leches _____																					
6. EDAD DEL NIÑO AL INICIAR ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 6m.																					



## DETENCIÓN TEMPRANA ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

No. de Historia Clínica

--	--	--	--	--	--

### EXAMEN FISICO

	CONSULTA 1ra. VEZ		1er. CONTROL		2do CONTROL		3er CONTROL		4to CONTROL	
	RESULTADO		RESULTADO		RESULTADO		RESULTADO		RESULTADO	
FECHA DE ATENCIÓN										
EDAD										
PESO										
TALLA										
PERÍMETRO CEFÁLICO										
PERÍMETRO TORAXICO										
TEMPERATURA										
FRECUENCIA CARDIACA										
FRECUENCIA RESPIRATORIA										
TENSIÓN ARTERIAL										
ESTADO NUTRICIONAL										

### EXAMEN FISICO: 1 NORMAL, 2 ANORMAL (MARQUE X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE)

	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CRÁNEO										
FONTANELAS										
SUTURAS										
PIEL										
CABELLO										
CEJAS										
OJOS										
OÍDOS										
BOCA										
NARIZ										
CUELLO										
MAMAS										
CORAZÓN										
ABDOMEN										
GENITALES										
CADERA										
EXTREMIDADES										
AUDICIÓN										
AGUDEZA VISUAL										

### VALORACIÓN DE LOS REFLEJOS: 1 PRESENTE, 2 AUSENTE

	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
MORO: (desaparece de los 2 a los 4 meses)										
BUSQUEDA: (desaparece al quinto mes)										
SUCCIÓN										
MARCHA:(desaparece al segundo mes)										
PREHENSIÓN PLANTAR										
TÓNICO CERVICAL (empieza a desaparecer al quinto mes)										
BABINSKY (aparece a los tres meses y desaparece hasta el año y medio)										
TONO MUSCULAR										

### EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA: 1 SI 2 NO      HIGIENE ORAL: 1 BUENA 2 MALA

	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
PRESENCIA DIENTES										
PRESENCIA MOLARES										
PRESENCIA CANINOS										
DENTICIÓN TEMPORAL COMPLETA										
CARIES O GINGIVITIS										
HIGIENE ORAL										

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_











FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO  
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 3005



H/ SLP - Base 29 -

NOTAS DE ENFERMERIA

ESM: 3005

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CAMA: \_\_\_\_\_

2. PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	3. N° DE HISTORIA
Rodriguez	aguine	Helen Shoray	1166465326

4. FECHA Y HORA	Recuerde firmar siempre sus anotaciones	5. ANOTACIONES
-----------------	-----------------------------------------	----------------

27/11/14 Hora: 10:45, Edad: 8 mes, Peso: 7.600 gr, T 36.6° FC: 159 Sot/96%

Punto con Curo Curo de 1  
n con de irritabilidad,  
gallidos aumentan, no bebe,  
ha grito con  
Antecedentes: No alergia a lactosa.

Examen físico  
Owl: Cesar Polanco  
Causa: Inseguridad, muy Marcas (+), Gen. de la  
No tragar.

Algunos: Blando, Agresivo,  
constante (+), No sabe a la  
Purgación. Extremidades: No Inflamación  
Suelo Aliento, Activa, Glasgow 15/15.

Dx: 1) IMA N - Bagnutti?  
2) Sx Gastrointestinal

- 1) Melibacter con Abdominal # 3
- 2) Amoxicilina Oral.
- 3) Actinfa Oral.

*[Firma]*  
E. Carreras  
14/11/14



No. 01440 / SIJIN – GRAUR

Popayán, 29 de noviembre de 2014

Señores  
Dispensario/Sanidad Batallón José Hilario López  
Popayán.

Asunto: solicitud copia historia clínica.

De acuerdo a lo establecido en el Código de Procedimiento Penal en sus artículos, 200, 205 y 207, me permito solicitar su valiosa colaboración en el sentido de ordenar a quien corresponda, suministre copia de la historia clínica de la menor HELEN SHARAY RODRÍGUEZ AGUIRRE, identificada con registro civil de nacimiento numero NUIP 1.166.465.326, indicativo serial 53585337, quien ingreso el día veintisiete (27) de noviembre de 2014 a dichas instalaciones, lo anterior se requiere para ser anexado a la investigación que se adelanta en la etapa de actos urgentes de esta ciudad, mediante noticia criminal 19-001-60-00602-2014-07474, solicito enviar respuesta de manera urgente a la carrera 17 numero 10 – 45 avenida Panamericana, instalaciones de la unidad de reacción inmediata, U.RI.

De antemano agradezco su colaboración prestada.

Atentamente,

Patrullero. **DAVID HOMERO ROSERO HERNANDEZ**  
Investigador Grupo Actos Urgentes – Policía Metropolitana de Popayán

Elaborado por: PT. David rosero  
Revisado por: PT. David rosero  
Fecha elaboración: 29/11/2014  
Ubicación: D./comunicaciones 2014

Populán, 29 de Noviembre 2014

9  
P

SEÑORES  
SANIDAD.

ASUNTO: COPIA HISTORIA

Yo: Jairo Armando Rodríguez, como padre  
de la Menor Helen Sharay Rodríguez Aguirre  
identificada con P.C. N° 1166465326.  
comodidamente solicito copia de su historia  
Clínica, PARA CONSERVAR COPIA PERSONAL.

Atentamente  
Jairo Armando Rodríguez  
C.C. 5298634

Popayán, 29 de noviembre 2014

Asunto: Copia Historia Clínica

Como padre de mi hija Rodríguez Aguirre  
Helen SHARAY comedidamente solicito  
Copia de su Historia Clínica,

Helen SHARAY Rodríguez  
D.C. 2166465326

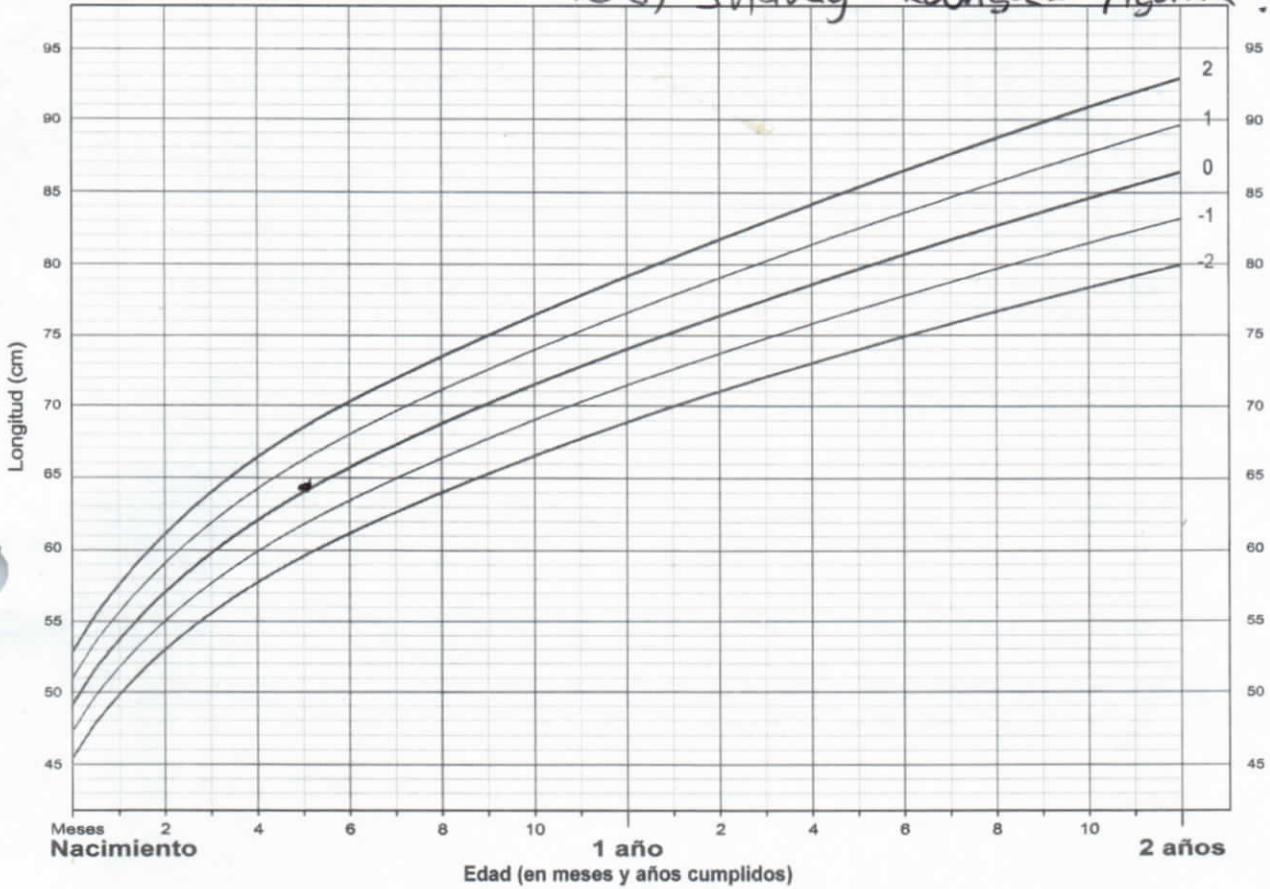
Atentamente

DAIRO ARMANDO RODRIGUEZ  
C.C. 5298634

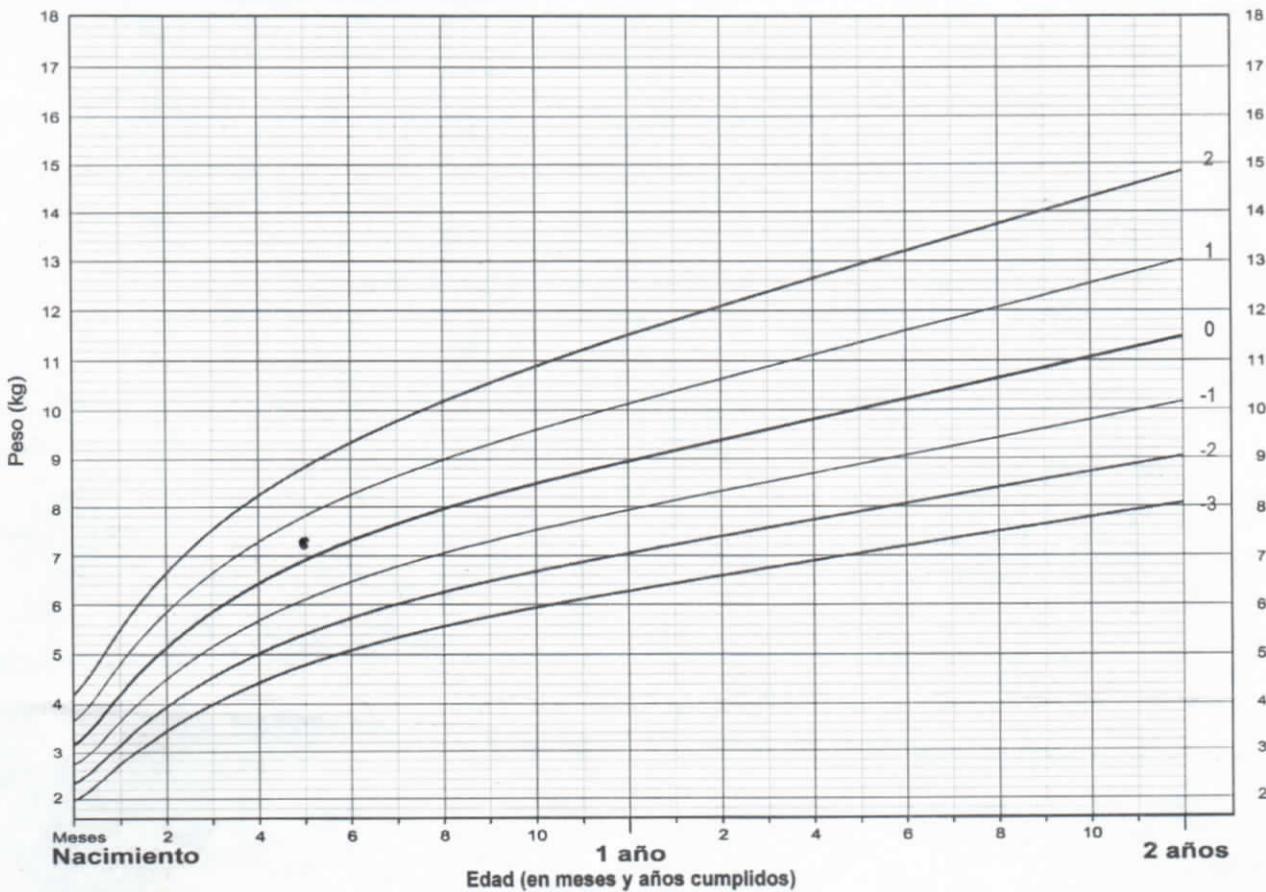


Talla para la edad  
Niñas de 0 a 2 años

Helen Sharay Rodriguez Aguirre



Peso para la edad  
Niñas de 0 a 2 años



320

Popayán, 29 de Noviembre 2014

SEÑORES  
SANIDAD.

ASUNTO: COPIA HISTORIA

Yo: JAIRO ARMANDO RODRIGUEZ, como padre  
de la Menor Helen SHARAY RODRIGUEZ AGUIRRE  
Identificada con R.C N. 2266465326.  
Cometidamente solicito copia de su Historia  
Clinica. PARA CONSERVAR COPIA Personal.

Atentamente  
JAIRO ARMANDO RODRIGUEZ  
c.c. 5298634

Yo Jairo Rodriguez  
Res: vi 10. Folios de  
copia de historia

29-11-14  
09:50

Resado  
29-11-2014  
09:30 HRS

Recibido:  
Ct. Catalina Burbano G.  
29/11/14 Ct. Ana Catalina Burbano G.  
9:34. Directora ESM-3005  
BASPC - 29