

Norma Oficial Mexicana

NOM-168-SSA1-1998,

del expediente clínico*

* Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de septiembre de 1999.

José Ignacio Campillo García, presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39, fracciones VI, VII y XXI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3º, fracciones I, II, III, VII, IX, XV, XVI, XVII y XXII; 13, apartado A, fracciones I y IX; 27, fracciones II, III, V; 32, 33, 45, 47 último párrafo, 48 y 51 de la Ley General de Salud; 1º, 2º fracción II c; 38, fracción II; 40, fracciones III, XI y XIII; 41, 44, 46 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 10 y 32 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; y 23, fracciones II y III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

Considerando

Que con fecha siete de diciembre de 1998, en cumplimiento al acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley federal sobre metrología y normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

Que las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité fueron publicadas antes de la expedición de esta Norma en el Diario Oficial de la Federación, en los términos del artículo 47, fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente:

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

Sufragio efectivo. No reelección

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999

Introducción

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos

esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

246

1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

2. Campo de aplicación

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de la presente Norma es necesario consultar las siguientes:

3.1 NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

3.2 NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

3.3 NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

3.4 NOM-007-SSA2-1993, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

3.5 NOM-008-SSA2-1993, control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.

3.6 NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales.

3.7 NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control del cáncer del útero y de la mama en la atención primaria.

3.8 NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria.

3.9 NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

3.10 NOM-024-SSA2-1994, para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas.

3.11 NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

4. Definiciones

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

4.1 Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

4.2 Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y

beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

4.3 Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.

4.4 Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

4.5 Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

4.6 Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

4.7 Paciente, al beneficiario directo de la atención médica.

4.8 Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

4.9 Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

4.10 Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

4.11 Usuario, a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

5. Generalidades

5.1 Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos serán solidariamente responsables del cumplimiento de esta obligación en cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

5.2 Todo expediente clínico deberá tener los siguientes datos generales:

5.2.1 Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.

5.2.2 En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.

5.2.3 Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario.

5.2.4 Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

5.3 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos; sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

5.4 El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.

5.5 Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el

motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

5.6 En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o al Consejo de Arbitraje Médico (Conamed) para la regulación médica.

5.7 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

5.8 Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma, deberán contener nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.

5.9 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

5.10 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

5.11 El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, y de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.

5.12 Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.

5.13 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.

5.14 La integración del expediente odontológico se ajustará a lo previsto en el numeral 3.6 de la

NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales, además de lo establecido en la presente Norma.

Para el caso de los expedientes de psicología clínica, tanto la historia clínica como las notas de evolución se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la presente Norma.

5.15 El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

5.16 Aparte de los documentos regulados en la presente Norma como obligatorios, se podrá contar, además, con: cubierta o carpeta, sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que se consideren necesarios.

5.17 En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.

6. Del expediente en consulta externa

Deberá contar con:

6.1 Historia clínica. Deberá elaborarla el médico y constará de interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

6.1.1 Interrogatorio. Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, personales patológicos (incluido exfumador, exalcohólico y exadicto), y no patológicos; padecimiento actual (incluido el tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas.

6.1.2 Exploración física. Deberá tener como mínimo habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.

6.1.3 Resultados previos y actuales de laboratorio, gabinete y otros.

6.1.4 Terapéutica empleada y resultados obtenidos.

6.1.5 Diagnósticos o problemas clínicos.

6.2 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).

6.2.2 Signos vitales.

6.2.3 Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

6.2.4 Diagnósticos.

6.2.5 Tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo, dosis, vía y periodicidad.

En el control de embarazadas, niño sano, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

6.3. Nota de interconsulta. La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La elaborará el médico consultado, y deberá contar con:

6.3.1 Criterios diagnósticos.

6.3.2 Plan de estudios.

6.3.3 Sugerencias diagnósticas y de tratamiento.

6.3.4 Demás que marca el numeral 7.1.

6.4 Nota de referencia/traslado. De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y anexar copia del resumen con que se envía al paciente; constará de:

6.4.1 Establecimiento que envía.

6.4.2 Establecimiento receptor.

6.4.3 Resumen clínico, que incluirá como mínimo:

I. Motivo de envío.

II. Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).

III. Terapéutica empleada, si la hubo.

7. De las notas médicas en urgencias

7. Inicial. Deberá elaborarla el médico y contendrá lo siguiente:

7.1.1 Fecha y hora en que se otorga el servicio.

7.1.2 Signos vitales.

7.1.3 Motivo de la consulta.

7.1.4 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso.

7.1.5 Diagnósticos o problemas clínicos.

7.1.6 Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

7.1.7 Tratamiento.

7.1.8 Pronóstico.

7.2 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la presente Norma.

7.2.1 En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que realizará el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá efectuar el médico especialista.

7.3. De referencia/traslado. Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3 de la presente Norma.

8. De las notas médicas en hospitalización

8.1 De ingreso. Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

- 8.1.1 Signos vitales.
- 8.1.2 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso.
- 8.1.3 Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- 8.1.4 Tratamiento.
- 8.1.5 Pronóstico.

8.2 Historia clínica. Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.1 de la presente Norma.

8.3 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se realizarán conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la presente Norma.

8.4 Nota de referencia/traslado. Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3 de la presente Norma.

8.5 Nota preoperatoria. Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 8.5.7. para estos últimos), y deberá contener como mínimo:

- 8.5.1 Fecha de la cirugía.
- 8.5.2 Diagnóstico.
- 8.5.3 Plan quirúrgico.
- 8.5.4 Tipo de intervención quirúrgica.
- 8.5.5 Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- 8.5.6 Cuidados y plan terapéutico preoperatorios.
- 8.5.7 Pronóstico.

8.6 Nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico. Se realizará bajo los lineamientos de la Normatividad Oficial Mexicana en materia de anestesiología y demás aplicables.

8.7 Nota posoperatoria. Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada, y deberá contener como mínimo:

- 8.7.1 Diagnóstico preoperatorio.
- 8.7.2 Operación planeada.
- 8.7.3 Operación realizada.
- 8.7.4 Diagnóstico posoperatorio.
- 8.7.5 Descripción de la técnica quirúrgica.
- 8.7.6 Hallazgos transoperatorios.
- 8.7.7 Reporte de gases y compresas.
- 8.7.8 Incidentes y accidentes.
- 8.7.9 Cuantificación de sangrado, si lo hubo.
- 8.7.10 Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios.
- 8.7.11 Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante.
- 8.7.12 Estado posquirúrgico inmediato.
- 8.7.13 Plan de manejo y tratamiento posoperatorio inmediato.
- 8.7.14 Pronóstico.
- 8.7.15 Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.
- 8.7.16 Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer médico.
- 8.7.17 Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

8.8 Nota de egreso. Deberá elaborarla el médico y contener como mínimo.

- 8.8.1 Fecha de ingreso/egreso.
- 8.8.2 Motivo del egreso.
- 8.8.3 Diagnósticos finales.
- 8.8.4 Resumen de la evolución y el estado actual.
- 8.8.5 Manejo durante la estancia hospitalaria.
- 8.8.6 Problemas clínicos pendientes.
- 8.8.7 Plan de manejo y tratamiento.
- 8.8.8 Recomendaciones para vigilancia ambulatoria.
- 8.8.9 Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- 8.8.10 Pronóstico.
- 8.8.11 En caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

9. De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar

9.1 Hoja de enfermería. Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

- 9.1.1 Habitus exterior.
- 9.1.2 Gráfica de signos vitales.
- 9.1.3 Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía.
- 9.1.4 Procedimientos realizados.
- 9.1.5 Observaciones.

9.2 De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo.

- 9.2.1 Fecha y hora del estudio.
- 9.2.2 Identificación del solicitante.
- 9.2.3 Estudio solicitado.
- 9.2.4 Problema clínico en estudio.
- 9.2.5 Resultados del estudio.
- 9.2.6 Incidentes si los hubo.
- 9.2.7 Identificación del personal que realiza el estudio.
- 9.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa.

10. Otros documentos

10.1 Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. Enseguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia:

10.1.1 Cartas de consentimiento bajo información.

10.1.1.1 Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenece el establecimiento, en su caso.

10.1.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento.

10.1.1.1.3 Título del documento.

10.1.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite.

10.1.1.1.5 Acto autorizado.

10.1.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.

10.1.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

10.1.1.1.8 Nombre completo y firma de los testigos.

10.1.1.2 Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

10.1.1.2.1 Ingreso hospitalario.

10.1.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor.

10.1.1.2.3 Procedimientos que requieren anestesia general.

10.1.1.2.4 Salpingoclasia y vasectomía.

10.1.1.2.5 Trasplantes.

10.1.1.2.6 Investigación clínica en seres humanos.

10.1.1.2.7 Necropsia hospitalaria.

10.1.1.2.8 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

10.1.1.2.9 Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.1.3 El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicional a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

10.1.1.4 En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

10.1.2 Hoja de egreso voluntario.

10.1.2.1 Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o represen-

tante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

10.1.2.2 Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva médica del profesional que se encargará del tratamiento y constará de:

10.1.2.2.1. Nombre y dirección del establecimiento.

10.1.2.2.2. Fecha y hora del alta.

10.1.2.2.3. Nombre completo, edad, parentesco, en su caso, y firma de quien solicita el alta.

10.1.2.2.4. Resumen clínico que se emitirá con arreglo en lo previsto en el apartado 5.8 de la presente Norma.

10.1.2.2.5. Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo.

10.1.2.2.6. En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva.

10.1.2.2.7. Nombre completo y firma del médico que emite la hoja.

10.1.2.2.8. Nombre completo y firma de los testigos.

10.1.3 Hoja de notificación al Ministerio Público. En casos en que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener:

10.1.3.1 Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador.

10.1.3.2. Fecha de elaboración.

10.1.3.3. Identificación del paciente.

10.1.3.4. Acto notificado.

10.1.3.5. Reporte de lesiones del paciente, en su caso.

10.1.3.6. Agencia del Ministerio Público a la que se notifica.

10.1.3.7. Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

10.1.4 Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica. La realizará el médico conforme a los lineamientos que en su caso se expidan para la vigilancia epidemiológica.

10.1.5 Notas de defunción y de muerte fetal. Las elaborará el personal médico, de conformidad a lo previsto en los artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud, al artículo 91 del Reglamento de Servicios de Atención Médica y al decreto por el que se da a conocer la forma oficial de certificado de defunción y muerte fetal.

De los documentos correspondientes, deberá acompañarse, por lo menos, una copia en el expediente clínico.

10.2 Los documentos normados en el presente apartado deberán contener:

10.2.1 El nombre completo y firma de quien los elabora.

10.2.2 Un encabezado con fecha y hora.

11. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas

Esta Norma Oficial Mexicana tiene concordancia parcialmente con lineamientos y recomendaciones internacionales establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

12. Bibliografía

12.1 Aguirre Gas H. Calidad de la atención médica. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social; 1997.

12.2 Cano Torres O. Consideraciones generales sobre el registro del diagnóstico médico. Bol Epidemiol 1984; 9(4): 129-130.

12.3 Dawdy MR, Hunter DW, Gilmore RA. Correlation of patient entry rates and physician documentation errors in dictated and handwritten

emergency treatment records. *Am J Emerg Med* 1997; 15(2): 115-117.

12.4 Universidad Nacional Autónoma de México. Estudio analítico del expediente clínico. México: Facultad de Medicina, UNAM; 1997.

12.5 Instituto Mexicano del Seguro Social. Evaluación médica. México: Subdirección General Médica, IMSS; 1972.

12.6 Instituto Mexicano del Seguro Social. Expediente clínico en la atención médica. México: Subdirección General Médica, IMSS; 1973.

12.7 Guía para la prevención y control de la hipertensión arterial esencial en la Atención Primaria de la Salud.

12.8 Ley general de salud. Diario Oficial de la Federación (México) 1984 febrero 7; reforma del 7 de mayo de 1997.

12.9 Secretaría de Salud. Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Secretaría de Salud; 1995.

12.10 Anteproyecto de la Norma Oficial Mexicana para la práctica de la Anestesiología.

12.11 Secretaría de Salubridad y Asistencia. Norma técnica número 52. Para la elaboración, integración y uso del expediente clínico. México: SSA; 1986.

12.12 Quintero L, Díaz I, Vethencourt A, Vivas L. Las abreviaturas en la historia clínica. *Salus Militae* 1991; 16(1/2): 5-12.

12.13 Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. México: Secretaría de Salud; 1990.

12.14 Reglamento interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación (México) 1997 agosto 6.

12.15 Tabak N, Ben Or T. Juridical and medical nursing aspects of documentation, recording and reporting. *Med Law* 1995; 14(3-4): 275-282.

13. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

14. Vigencia

La presente norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.