

UNIVERSIDAD DEL SURESTE (UDS)

Carrera: Lic. En nutrición

Cuatrimestre: 9no

Grupo: único

Materia: legislación en nutrición

Nombre de la profesora: DRA. LAURA BLASI

Trabajo: mapa conceptual-características del expediente clinico

Fecha de entrega: 10/06/2020

Nombre del alumno: LUIS ALBERTO ARIAS

EXPEDIENTE CLINICO

Características

Debe ser un reflejo veraz del curso de la enfermedad del paciente y sus datos no pueden ser alterados o falseados. El lenguaje debe ser preciso, técnico y en lo posible no debe incluir abreviaciones o siglas, debe tener la letra legible sin enmiendas o tachones y conservarse en buen estado

- Bien identificado.
- Confidencial.
- Seguro (Solo el personal de salud autorizado tendrá acceso).
- Disponible (en el momento en que se requiera).
- Intransferible.
- Legible.
- Veraz.
- Debe tener exactitud y precisión en sus contenidos.
- Elaborarse con rigor técnico.
- Completo.
- Debe incluir la Identidad de todo facultativo o personal de salud que intervenga en la asistencia del paciente y en el manejo médico. Nombre completo, firma autógrafa o digital y cédula Profesional.

Documento legal y confidencial en el que se registran los datos de un paciente

Historial clínico

- Interrogatorio: ficha de identificación, antecedentes familiares y condiciones hereditarias, antecedentes personales patológicos y no patológicos, padecimiento o cualquier enfermedad actual e interrogatorio por aparatos y sistemas corporales.
- Exploración física. Deberá tener como mínimo: hábitos, signos vitales, datos de la cabeza, del cuello, del tórax, del abdomen, de los miembros y de los genitales.
- Resultados de estudios anteriores y actuales.
- Tratamientos o terapias empleadas previamente y sus resultados.
- Diagnósticos.
- Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad.

Componentes

- Hoja frontal: datos para la identificación del centro de salud entre los que se incluya el tipo, el nombre y la dirección. Nombre, sexo, edad y dirección de habitación del paciente y los demás datos que sean necesarios, especialmente aquellos que exijan las disposiciones sanitarias.
- Historia clínica completa.
- Notas de evolución.
- Resultados de laboratorio y gabinete.
- Ficha de registro.
- En caso de hospitalización: nota de ingreso, notas de evolución y nota de egreso, nota inicial de urgencias si el paciente ha ingresado por el servicio de emergencia, notas de observación, notas pre-operatorias y notas post-operatorias, si es el caso.
- Nota de referencia y/o traslado.
- Interconsultas y referencias.
- Hojas de trabajo social.
- Otros documentos: consentimiento informado. Hoja de enfermería. Hoja de indicaciones médicas.