

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Adly Candy Vázquez Hernández

DOCENTE:

Dr. Alfredo López López

MATERIA:

Medicina Interna

TEMA:

"NOM 004 "

CARRERA:

Medicina Humana

SEMESTRE:

5º

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

27/08/2020

NOM-004-SSA3-2012

Esta norma, tiene por objeto establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del **expediente clínico**, el cual es una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud. Este objetivo requiere de la participación de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es el conjunto de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Se definen las **cartas de consentimiento informado** como los documentos escritos, firmados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Se reconoce la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se ha considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Así se consolida el principio ético del secreto profesional. Se reconoce también la intervención del personal del área de la salud en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente.

GENERALIDADES

Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a conservar el expediente clínico. Los

establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos.

Todo expediente clínico deberá tener los siguientes datos generales:

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento.
- Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente.

El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrá la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos.

Los expedientes clínicos deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico. Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no puede ser identificado. Estos datos únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal.

Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quien ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales (órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas) , órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas. En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento.

Las notas médicas y reportes deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso. Las notas en el expediente deberán

expresarse con un lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras, ni tachaduras y conservarse en buen estado.

El resumen clínico es el documento elaborado por un médico, en el cual se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener mínimo: Padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete. Se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico.

El expediente clínico se integrará a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervengan en su atención.

TIPOS DE EXPEDIENTE CLÍNICO EN CONSULTA GENERAL Y DE ESPECIALIDAD:

- Historia clínica
- Nota de evolución
- Nota de interconsulta
- Nota de referencia/traslado
- Notas médicas en urgencias
- Notas médicas en hospitalización
- De los reportes del personal profesional y técnico
- Carta de consentimiento informado
- Hoja de egreso voluntario
- Hoja de notificación al ministerio público
- Nota de defunción y de muerte fetal