

Marabros explemarios

- = Marabros rotuloraz
- = Dolor forocogatoraz
- = Marabros mearozaz → Marabros mearozaz / Tada / Tada
- = Marabros de estabilizaz de la reallaz
- = Derrere a Hales → Signo de Zohlen
- = Ligamanto Cruzado anterior → Test de Lachman / Cagón anterior
- = Ligamanto Cruzado posterior → Cagón posterior / Recurvation

Expediente Clínico?

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud. Se trata de del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imágenes, magnéticas, electrónicas, magnetofónicas, ópticas, magnetó-ópticas y otros formatos, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica. Deberá de constar con lo siguiente:

1. Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso nombre de la institución a la que pertenece.
2. En su caso la razón y domicilio social del propietario o responsable.
3. Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente y serás las observaciones escritas. ①

Cabe resaltar que los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del proveedor de servicios médicos.
El expediente clínico se conforma de lo siguiente:

= Historia clínica =

1. Interrogatorio

- Ficha de identificación
- Grupo étnico
- Antecedentes heredo familiares
- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes personales no patológicos
- Presente actual
- Interventado de aparatos y sistemas.

2. Exploración física

- Hábitus exterior
- Signos vitales
- = peso y talla
- Datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros superiores, o la información que se requiera.

3. Resultados pruebas y estudio de estudio de laboratorio, gabinete y otros

4. Dx o problemas clínicos

5. Pronóstico

6. Instrucción terapéutica

= Notas de evolución =

- Evaluación y actualización del cuadro clínico

URGENCIAS

- Signos vitales
- Resultados relevantes y tx previas
- Dx y problemas clinicos
- Psicología
- Tx e indicaciones médicas
- = **Nota de interconsulta** =
- Criterios diagnósticos
- Plan de estudio
- sugerencias de dx y tx
- Fecha y hora que se otorga el servicio
- Signos vitales
- Modo de atención
- Particularidades relevantes
- = **Nota de referencia de traslado** =
- Establecimiento que envía
- Establecimiento receptor
- Resumen clínico
- = **Nota inicial** =
- Fecha y hora que se otorga el servicio
- Signos vitales
- Modo de la atención
- Resumen interrogatorio, exploración física y estado
- hallazgos dx y Tx previas
- Dx o problemas clinicos
- Tratamiento y pronóstico
- = **Nota de evolución** =

Hospitalización

= Nota de ingreso =

- Signos vitales
- Resumen de interrogatorio, exploración física y laboratorio
- Resultados de DX y TX
- TX y prescripciones

= Historia clínica =

- Elaborada por médicos y personal de salud

= Nota de evolución =

- Elaborada por el médico

= Nota de referencias de laboratorio

- Elaborada por médicos del laboratorio + radiología

= Nota preoperatoria =

- Fecha de CX
- Diagnóstico
- Plan de CX
- Tipo de intervención de CX y su riesgo
- Cuidados y plan terapéutico preoperatorio / postoperatorio

= Nota postoperatoria =

- Resultados del análisis de los datos a cargo de la CX.

= Nota postoperatoria =

- DX preoperatorio - Operación realizada
- Operación planeada - DX postoperatorio
- Duración de la técnica de CX - Hallazgos de los procedimientos
- Presencia de cada uno de los signos, síntomas e instrumentos.
- Incidentes o accidentes - Complicación de los procedimientos
- Estudios de series auxiliares - Ayudantes
- Estado post operatorio - Plan de manejo y TX
- Prescripciones - Envío de datos, diagnósticos
- Otros hallazgos - Nombre completo y firma del responsable

= Hoja de casos =

- Fecha de ingreso/egreso
- Motivo de ingreso
- Dx final
- Historia de evolución y estado actual
- Necesidad frente a atención hospitalaria
- Problemas de otros períodos
- Plan de manejo y TX
- Recomendación de manejo ambulatorio
- Atención de partes de curso
- Diagnóstico
- En caso de defunción, registrar las causas.

Reportes del personal profesional y técnico.

= Hoja de emergencias =

Modelo de personal en turno

• Otros documentos:

De acuerdo al ámbito ambulatorio.

= Cartera de consentimiento informado =

- Nombre de la institución
- Nombre razón o denominación
- Título del documento
- Lugar y fecha
- Acto autorizado
- Autorización del personal de salud
- Nombre completo y firma del DX en otros casos según el lugar.
- Nombre completo y firma del médico
- Nombre y firma de 2 testigos

Situaciones en las que se pide consentimiento:

- Ingreso hospitalario
- Procedimientos de CX mayor
- Anestesia general o regional
- Selpingobio y vacunas
- Donación de órganos, tejidos y tejidos
- Investigación clínica en seres humanos
- Necropsia hospitalaria
- Procedimientos DX y terapéuticos de alto riesgo

Miércoles

- Procedimiento de mutilación

= Hoja de egreso voluntario =

- Nombre y domicilio del establecimiento
- Fecha y hora del egreso
- Nombre completo edad, nombre y firma
quien solicita el egreso (familiar y DX).
- Historias clínicas
- Medios de recomendación
- Nombre completo y firma del autorante
- " " " " medios que emite la hoja
- " " " " 2 folios.

= Notas de defunción y de muerte letal

- Encabezado con fecha y hora
- Nombre completo y firma de quien lo elabora