



MARÍA DEL PILAR CASTRO PÉREZ

MEDICINA HUMANA

MEDICINA INTERNA

EXPEDIENTE CLINICO

Historia clínica

1. Ficha de Identificación

Datos como: nombre del paciente, edad, sexo, orientación, fecha de nacimiento y lugar, lugar de residencia, números de teléfonos, nacionalidad, curp, idioma, escolaridad, ocupación y estado civil.

2. Antecedentes heredo familiares

Patologías crónico degenerativas de padres, abuelos, tíos y hermanos.

3. Antecedentes personales no patológicos

Datos de información de modo de vida del paciente, para identificar factores de riesgo. Higiene, vivienda, alimentación, pasatiempos, etc..

4. Antecedentes personales patológicos

Enfermedades, alergias o procesos quirúrgicos y hospitalarios del paciente (actual o no).

5. Padecimiento actual

Motivo de consulta, manifestaciones clínicas, diagnóstico aparente, evolución y tratamiento utilizado por él.

6. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Signos o síntomas de cada aparato o sistema.

7. Exploración física (habitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales)

8. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros

9. Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)

10. Diagnóstico(s) o problemas clínicos

11. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

Notas medicas

○4. Signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)

○2. Fecha y hora de elaboración

○5. Resumen del interrogatorio

○1. Nombre del paciente

○3. Edad y sexo

○6. Exploración física

NU NE NT NI NPE-O NPE-A NPO-Q NPO-A

○10. Pronóstico

○8. Diagnóstico(s) o problemas clínicos

○7. Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

○9. Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad)

○11. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

NOTA DE EGRESO

- 1. Nombre del paciente
- 2. Edad y sexo
- 3. Fecha y hora de elaboración
- 4. Signos vitales (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)
- 5. Fecha y hora del ingreso/egreso hospitalario
- 6. Días de estancia en la unidad
- 7. Se identifica si es reingreso por la misma afección en el año
- 8. Diagnóstico(s) de ingreso. Contiene diagnóstico principal y diagnósticos secundarios
- 9. Resumen de la evolución y el estado actual
- 10. Manejo durante la estancia hospitalaria
- 11. Diagnóstico(s) final(es)
- 12. Fecha y hora de procedimientos realizados en su caso
- 13. Motivo de egreso (máximo beneficio, por mejoría, alta voluntaria, exitus)
- 14. Problemas clínicos pendientes
- 15. Plan de manejo y tratamiento
- 16. Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria
- 17. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

NOTAS DE URGENCIAS (NU)

- 12. Motivo de la consulta
- 13. Estado mental del paciente
- 14. Se menciona destino de paciente después de la atención de urgencias
- 15. Se precisan los procedimientos en el área de urgencias

NOTA POST-OPERATORIA (NPEO-Q)

- 12. Operación planeada
- 13. Operación realizada
- 14. Diagnóstico post-operatorio
- 15. Descripción de la técnica quirúrgica
- 16. Hallazgos transoperatorios
-
- 17. Reporte de gasas y compresas
- 18. Incidentes y accidentes
- 19. Cuantificación de sangrado
- 20. Resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico transoperatorios
- 21. Estado post-quirúrgico inmediato
- 22. Plan manejo y tratamiento post-operatorio inmediato
- 23. Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico

NOTAS DE EVOLUCION (NE)

- 12. Existencia de nota médica por turno
- 13. Evolución y actualización de cuadro clínico

NOTAS DE REFERENCIA/TRASLADO (NT)

- 12. Motivo de envío
- 13. Establecimiento que envía y establecimiento receptor
- 14. Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia

NOTAS DE INTERCONSULTA

- 12. Criterio diagnóstico
- 13. Sugerencias diagnósticas y de tratamiento
- 14. Motivo de la consulta

NOTA POST-ANESTESICA (NPO-A)

- 12. Medicamentos utilizados
- 13. Duración de la anestesia
- 14. Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia
- 15. Cantidad de sangre o soluciones aplicadas
- 16. Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano
- 17. Plan manejo y tratamiento inmediato

NOTA PRE-ANESTESICA (NPE-A)

- 12. Evaluación clínica del paciente
- 13. Tipo de anestesia
- 14. Riesgo anestésico

NOTA PRE-OPERATORIA (NPE-O)

- 12. Fecha de la cirugía a realizar
- 13. Diagnóstico pre-operatorio
- 14. Plan quirúrgico
- 15. Riesgo quirúrgico
- 16. Cuidados y plan terapéutico preoperatorio

Específicas