

MEDICINA HUMANA
CAMPUS SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS

MEDICINA INTERNA
DRA. FABIOLA ARGUELLO MELO

EXPEDIENTE CLINICO

JUDITH ANAHI DIAZ GOMEZ
5° SEMESTRE 1° UNIDAD

EXPEDIENTE CLINICO

Datos generales de la institución:

Tipo_____

Nombre_____

Domicilio del establecimiento_____

Nombre de la institución a las que pertenece

Razón y denominación social del propietario o concesionario

Datos generales del paciente:

Nombre_____

Edad _____ Sexo_____

Domicilio del paciente_____

Ocupación_____

Religión_____

Escolaridad_____

Nacionalidad-Estado_____

Tipo de sangre_____

Notas médicas:

Nombre completo del paciente _____

Edad _____ Sexo _____

Fecha, hora y nombre completo de quien la elabora

Firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso _____

El expediente clínico se integra atendiendo a los servicios genéricos de:

- Consulta general
- De especialidad
- Urgencia
- Hospitalización
- Cuando es un mismo establecimiento
- Atención medica ambulatoria (Expediente Odontológico)

EXPEDIENTE CLÍNICO, CONSULTA GENERAL Y ESPECIALIDADES

HISTORIA CLÍNICA

- Interrogatorio
- Exploración física
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
- Diagnóstico o problemas clínicos
- Pronostico
- Indicación terapéutica

Ficha de identificación:

Nombre_____

Edad_____ Sexo_____

Ocupación_____

Estado civil _____

Nacionalidad_____

Lugar de nacimiento y residencia_____

Religión_____

Domicilio_____

Fecha, hora y persona que elabora historia clinica

Antecedentes heredo-familiares:

Enfermedades:

Cardiovasculares_____

Pulmonares_____

Renales_____

Gastrointestinales_____

Hematologicas._____

Ostearticulares._____

Antecedentes personales no patologicos:

Tabaquismo____Cigarrillos/dias/años_____

Alcoholismo____Tipo de bebida/ frecuencia_____

Toxicomanias____Marihuana/ opiaceos_____

Deporte y ejercicio_____

Habitación____Hacinamiento, servicios(agua, gas, electricidad, drenaje)_____

Antecedentes gineco-obstreticos:

Menarca_____

Mestruacion____Ritmo, aposito/dia/dias

Fum._____(fecha de ultimamestruacion)

Vsa._____(vida sexual activa)

Fup._____(fecha de ultimo parto)

Gesta____para____cesarea____aborto_____

Complicaciones____(toxemia,mortinatos,etc)

Lactancia_____

Contracepcion____Tipo y tiempo__

Menopausia____

Citologia vaginal____(fecha)_____

Esposo circunciso_____

Antecedentes personales patologicos:

Enfermedades congenitas____Malformaciones____Criptorquidea____

Enfermedades propias de la infancia_____

Quirurgicos_____

Traumaticos____fracturas.etc.

Alergicos_____(antibioticos,medicamentos,etc)

Transfuciones_____

Intoxicaciones_____

Hospitalizaciones_____(previas)_____

Estudio de laboratorio y gabinete_____

Padecimiento actual:

Motivo de la consulta

Predisponentes, precipitantes y/o casuales

Inicio:

Sintomatologia

Estado actual

Exploracion fisica:

Aspectos generales / Esfera somática

Sexo_____

Edad_____

Edad aparente_____

Facies_____

Actitud_____

Marcha_____

Esfera psiquica_____

Esfera sociocultura_____

Signos vitales:

Tension arterial

Frecuencia cardiaca

Frecuencia respiratoria

Ritmos y tipos

Temperatura

Tpos de fiebre

Somatometría:

Peso

Estatura

Superficie corporal total

Indice de muscularidad

Cabeza:

- Craneo
 - Inspección
 - Palpación
 - Percusión
 - Auscultación
-
- **Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros**
 - **Diagnostico o problemas clinicos**
 - **Pronóstico**
 - **Indicacion terapeutica**

NOTAS MEDICAS

Notas médicas en el área de urgencias:

- Fecha y hora en la que se otorga el servicio
- Signos vitales:
 - PA:
 - FC:
 - FR:
 - SaO2:
 - TEMP:
- Motivo de la atención
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental
- Resultados relevantes de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento solicitados previamente
- Diagnósticos o problemas clínicos, tratamiento y pronóstico
- Nota de evolución

Expediente clínico de las notas medicas de hospitalización:

Ingreso

- Signos vitales
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental
- Resultados de estudios, de los servicios auxiliares y tratamiento
- Tratamiento y pronóstico

- Historia clínica
- Nota de evolución
- Nota de referencial / traslado

Nota Preoperatoria:

- Fecha de cirugía
- Diagnóstico
- Plan quirúrgico
- Tipo de intervención quirúrgico
- Riesgo quirúrgico
- Ciudades y plan terapéutico preparatorios
- Pronóstico

Nota Preanestésica, Vigilancia y Registro Anestésico:

Nota posoperatoria

- Diagnóstico preoperatorio
- Operación planeada
- Operación realizada
- Diagnóstico posoperatorio
- Descripción de la técnica quirúrgica
- Hallazgos transoperatorios
- Reporte del conteo de gasas, compresa y de instrumental quirúrgico
- Incidentes/Accidentes
- Cuantificación de sangrado
- Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorio
- Ayudantes instrumentistas, anestesiólogos, circulantes
- Estado postquirúrgico inmediato
- Plan de manejo y tratamiento postoperatorio
- Pronóstico

Nota de egreso:

- Fecha de ingreso/egreso
- Motivo del egreso
- Diagnósticos finales
- Resumen de la evolución y estado actual
- Manejo durante la estancia hospitalaria
- Problemas clínicos pendientes
- Plan de manejo y tratamiento
- Recomendaciones para vigilancia ambulatoria
- Atención de factores de riesgo (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas)
- Pronostico
- En caso de defunción, señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción y en su caso, si se solicitó y se llevó a cabo.

De los Reportes Del Personal Profesional y Técnico:**Hoja de enfermería**

- Hábitus exterior
- Grafica de signos vitales
- Administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita
- Procedimientos realizados
- Observaciones

De Los Servicios Auxiliares De Diagnóstico y Tratamiento:

- Fecha y hora del estudio
- Identificación del solicitante;
- Estudio solicitado
- Problema clínico en estudio
- Resultados del estudio

- Incidentes y accidentes, si los hubo
- Identificación del personal que realizó el estudio
- Nombre completo y firma del personal que informa

Otros documentos:

- Cartas de consentimiento informado
- Deberán contener como mínimo
- Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso
- Nombre, razón o denominación social del establecimiento
- Título del documento
- Lugar y fecha en que se emite
- Acto autorizado

Basado en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico