



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

NOMBRE DEL ALUMNO: GENESIS ALYED HERNANDEZ MARTINEZ

NOMBRE DEL TEMA: NORMA DEL EXPEDIENTE CLINICO

PARCIAL: 1

NOMBRE DE LA MATERIA: MEDICINA INTERNA

NOMBRE DEL PROFESOR: DRA. ANEL GUADALUPE GORDILLO ABADIA

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 5

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012

DEL EXPEDIENTE CLINICO

DEFINICIÓN

Instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud.

Se trata del conjunto único 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 se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la 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.

CALIDAD

- Nombre de identificación
- Índice guía
- Orden
- Legible, lenguaje médico
- No usar abreviaturas
- Lista de identificación

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución.

DATOS GENERALES

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 denominación social del propietario o concesionario
3. Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente
4. Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

COMPOSICIÓN

1. Hoja frontal
2. Historia clínica
3. Notas médicas
4. Hoja de enfermería
5. Nota de servicios
6. Registro de la transfusión, nota de trabajo social
7. Hoja de egreso
8. Hoja de notificación al ministerio público
9. Nota de defunción y muerte fetal



HISTORIA CLÍNICA

1. Ficha de Identificación
2. Antecedentes heredo familiares
3. Antecedentes personales no patológicos
4. Antecedentes personales patológicos
5. Padecimiento actual
6. Interrogatorio por aparatos y sistemas
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



NOTA MÉDICA

1. Nombre del paciente
2. Fecha y hora de elaboración
3. Edad y sexo
4. Signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)
5. Resumen del interrogatorio
6. Exploración física
7. Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
8. Diagnóstico(s) o problemas clínicos
9. Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad)
10. Pronóstico



NOTA DE INGRESO

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

- 8.1.1 Signos vitales
- 8.1.2 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso
- 8.1.3 Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- 8.1.4 Tratamiento y pronóstico.

NOTA DE EVOLUCIÓN

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente.

Describirá lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas)
- Signos vitales, según se considere necesario.
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente
- Diagnósticos o problemas clínicos
- Pronóstico
- Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

NOTA PREOPERATORIA

Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente, incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral

8.5.7 para estos últimos) y deberá contener como mínimo

- 8.5.1 Fecha de la cirugía;
- 8.5.2 Diagnóstico
- 8.5.3 Plan quirúrgico;
- 8.5.4 Tipo de intervención quirúrgica
- 8.5.5 Riesgo quirúrgico;
- 8.5.6 Cuidados y plan terapéutico preoperatorios;
- 8.5.7 Pronóstico.

NOTA DE EGRESO

Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:

- Fecha de ingreso/egreso;
- Motivo del egreso;
- Diagnósticos finales;
- Resumen de la evolución y el 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);
- Pronóstico;
- 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 estudio de necropsia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.