

EXPEDIENTE CLINICO

10/SEPTIEMBRE/25
ANAMIN 5-A

ES EL CONJUNTO ÚNICO Y ORDENADO
DE INFORMACIÓN Y DATOS PERSONALES
DE UN PACIENTE QUE SE GENERA Y
CONSERVA DURANTE SU ATENCIÓN MÉDICA

¿QUÉ INTEGRAN UN EXPEDIENTE CLÍNICO?

1. CLÍNICA

Conjunto de documentos escritos,
gráficos, imágenes, etc., en los
cuales el personal deberá
hacer los registros, anotaciones,
constancias y certificaciones
correspondientes a su intervención

- FICHA DE IDENTIFICACIÓN
- ANTECEDENTES HEREDITARIOS
- A. PERSONALES: PATOLÓGICOS
- A. PERSONALES: PATOLÓGICOS
- PADECIMIENTO ACTUAL
 - INTERROGATORIO PARA ANAMIN Y SISTEMA
 - EXPLORACIÓN FÍSICA
 - ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GINECÓMICO
 - PRONÓSTICO
 - TRATAMIENTO/INDICACIONES
- FIRMAS Y RESPONSABILIDADES

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El acuerdo por escrito, mediante el cual
un paciente, con capacidad legal y en
pleno uso de sus facultades mentales,
autoriza la realización de procedimientos
médicos, quirúrgicos, diagnósticos,
terapéuticos, rehabilitatorios o de
investigación, con conocimiento de los
riesgos y beneficios esperados.

- NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
- NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO MÉDICO
- TÍTULO DEL DOCUMENTARIO
- LUGAR Y FECHA
- ACOGIDO/A
- RIESGOS Y BENEFICIOS ESPERADOS DEL ACTO MÉDICO AUTORIZADO
- AUTORIZACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE
- NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN OTORGA LA AUTORIZACIÓN
- NOMBRE Y FIRMA DE LOS TESTIGOS
- NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZA EL ACTO AUTORIZADO

- CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO
- C.I. DE INGRESO HOSPITALARIO
- C.I. DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA
- C.I. DE CIRUGÍA
- C.I. DE ESTUDIOS
- C.I. DE TRANSFERENCIA

3. NOTA DE URGENCIAS

Registro clínico inicial en situaciones
agudas, inesperadas o graves.
Documento del expediente en el que el
personal médico registra, demuestra
inmediata y ordenada la atención
proporcionada en un servicio de urgencias.

- HORA DE INGRESO
- SIGNOS VITALES
- MOTIVO DE CONSULTA/INGRESO
- PEDIMIENTOS DE INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN FÍSICA
- RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS EN URGENCIAS
- DIAGNÓSTICOS
- TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
- PRONÓSTICO
- DESTINO DEL PACIENTE
- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE

4. NOTA DE INGRESO

Valoración integral inicial del paciente
al momento de su admisión al hospital

- FECHA Y HORA DE INGRESO
- FICHA DE IDENTIFICACIÓN
- DOCUMENTO DE LA H.C.
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- RESULTADOS DE ESTUDIOS AUXILIARES
- DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y
- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

5. NOTA DE EVOLUCIÓN

Seguimiento escrito y cronológico
de la atención hospitalaria.

- FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN
- SÍ, O A, P.
- PRONÓSTICO
- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

6. INTERCONSULTA

Se solicita la participación de
otro especialista para la valoración
de un paciente, con el fin de
obtener una opinión diagnóstica.

- CRITERIO DIAGNÓSTICO
- SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO
- MOTIVO DE CONSULTA

7. RECOMENDACIÓN Y CONTINUACIÓN DE ATENCIÓN

1. Médico envía a un paciente a otro nivel
de atención o servicio distinto

2. Se informa al médico remitente sobre la
atención otorgada al paciente, resultados
obtenidos y recomendaciones para el
seguimiento.

- ① NOTIFICACIÓN DE ENVÍO
 - ESPECIALIDAD QUE ENVÍA Y RECEPTE
 - NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA REFERENCIA
- ② NOTIFICACIÓN DE CONTINUIDAD
 - RECOMENDACIÓN OTORGADA
 - RECOMENDACIONES DEL MÉDICO REMITENTE

8. INGRESO

Se elabora al momento en que el
paciente concluye su estancia
hospitalaria.

- NOMBRE DEL PX, EDAD, SEXO
- FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN
- SIGNOS VITALES
- FECHA DE INGRESO Y EGRESO
- DÍAS DE ESTANCIA
- SE IDENTIFICA SI ES REINGRESO POR LA MISMA AFECCIÓN EN EL MISMO LUGAR
- DIAGNÓSTICO DE INGRESO Y SEGUIMIENTO
- REGISTRO DE EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL
- MANEJO DURANTE LA ESTANCIA
- DX FINAL
- F. H. DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
- MOTIVO DE EGRESO

- PUNTO DE INGRESO Y TX
- RECOMENDACIONES PARA LA VIGILANCIA AMBULATORIA
- NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DEL MÉDICO

9. PRE Y POST OPERATORIO

- ① FECHA DE VALUACIÓN A REALIZAR
 - DX PRE-OPERATORIO
 - PLAN QUIRÚRGICO
 - DICCIO QUIRÚRGICO
 - CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO POST-OPERATORIO

- ② OPERACIÓN PLANEADA, REALIZADA
 - DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO
 - TÉCNICA QUIRÚRGICA
 - HALLAZGOS
 - REPORTE DE GASES Y COMPRESAS
 - INCIDENTES Y ACCIDENTES
 - CUANTIFICACIÓN DE SANGRE
 - ESTADO POST-QUIRÚRGICO
 - PLAN MANEJO Y TRATAMIENTO POST-OPERATORIO
 - EVALUACIÓN DE PIEZAS Y BIOPSIAS
 - QUIRÓFONO PARA EXAMEN

10. PRE Y POST ANESTESIA

- ① Evaluación clínica del paciente
- TIPO DE ANESTESIA
- RIESGO ANESTÉSICO

- ② MEDICAMENTOS UTILIZADOS
 - DURACIÓN DE LA ANESTESIA
 - INCIDENTES Y ACCIDENTES atribuibles A LA ANESTESIA
 - CANTIDAD DE SANGRE APLICADA
 - ESTADO CLÍNICO A SU EGRESO DEL QUIRÓFONO
 - PLAN MANEJO Y TRATAMIENTO INMEDIATO

11. NOTIFICACIÓN ANIM. PÚBLICA

- NOMBRE, RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR
- FECHA DE ELABORACIÓN
- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE ACTO NOTIFICADO
- REPORTE DE LESIONES DEL PX EN CASO
- AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO A LA QUE SE NOTIFICA
- NOMBRE, CÉDULA, FIRMA DEL QUE REALIZA LA NOTIFICACIÓN
- REPORTE DE CAUSA DE MUERTE SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

12. HOJA DE DEFENCIÓN

- IDENTIFICACIÓN DEL PX
- HABITOS EXTERIORES
- GRÁFICA DE SIGNOS VITALES
- MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (FECHA, HORA, VÍA, POS, NOMBRE DE QUIEN APLICA EL MD.)
- PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
- VALORACIÓN DEL DOLOR
- NIVEL DE RIESGO DE CAÍDAS
- OBSERVACIONES
- NOMBRE Y FIRMA DEL QUE ELABORA

- FECHA, HORA DE ELABORACIÓN, DE MUERTE FETAL
 - NOMBRE DEL PACIENTE
 - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER Y DEL PRODUCTO
 - AMT. OBSERVADOS RELEVANTES
 - CONDICIONES MATERNALES
 - DX FETAL DE LA CAUSA DE MUERTE

13. SERVICIOS AUXILIARES

- FECHA Y HORA DEL ESTUDIO
- ESTUDIO SOLICITADO
- PROBLEMA CLÍNICO EN ESTUDIO
- ESPECIFICACIÓN INCIDENTES O ACCIDENTES
- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS E INTERPRETACIÓN POR ESPECIALIDAD TRATANTE (EXEMPLEO HISTOPATOLÓGICAS)
- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

14. ANÁLISIS CLÍNICO

Documento la síntesis de la
evidencia subjetiva y objetiva
para llegar a un dx.

PROBLEMAS RELEVANTES
RESULTADOS DE EXÁMENES DE
LABORATORIO/IMAGEN
DIAGNÓSTICO ACTUAL/DIFERENCIAL
EVOLUCIÓN CLÍNICA
CONGRUENCIA CLÍNICO-DIAGNÓSTICA-TERAPÉUTICA, DX-PRONÓSTICO

15. CERTIFICADO DE DEFENCIÓN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO
DATOS DEL FALLECIMIENTO
CAUSA DE LA DEFENCIÓN
DÍAS DEL MÉDICO CERTIFICANTE
DESTINO DEL CUERPO

16. TRABAJO SOCIAL

Opinión del paciente/clínico del
estado socioeconómico
Nombre y firma del médico

17. GENERAL DE LAS NOTAS MÉDICAS

- Fecha y hora de elaboración
- Edad y sexo
- Signos vitales
- Resumen del interrogatorio
- Exploración Física
- Resultado de estudios de laboratorio y exámenes auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Dx o problemas clínicos
- Plan de estudio y/o tratamiento
- Pronóstico
- Nombre y firma del médico

EXPEDIENTE CLÍNICO

10/SEPTIEMBRE/25
ANAHIN S-A

ES EL CONJUNTO ÚNICO Y ORDENADO DE INFORMACIÓN Y DATOS PERSONALES DE UN PACIENTE QUE SE GENERA Y CONSERVA DURANTE SU ATENCIÓN MÉDICA

¿QUÉ INTEGRA UN EXPEDIENTE CLÍNICO?

H. CLÍNICA

Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, en los cuales el personal deberá hacer los registros, anotaciones, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención

- FICHA DE IDENTIFICACIÓN
- ANTECEDENTES HEREDIFAMILIARES
- A. PERSONALES NO PATOLÓGICOS
- A. PERSONALES PATOLÓGICOS
- PADECIMIENTO ACTUAL
- INTERROGATORIO POR APARATO Y SISTEMAS
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE
- DIAGNÓSTICO
- PRONÓSTICO
- TRATAMIENTO/INDICACIONES
- FIRMAS Y RESPONSABLES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El acuerdo por escrito, mediante el cual un paciente con capacidad legal y en pleno uso de sus facultades mentales, autoriza la realización de procedimientos médicos, quirúrgicos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, con conocimiento de los riesgos y beneficios esperados.

- NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
- NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE ESTABLECIMIENTO MÉDICO.
- TÍTULO DEL DOCUMENTO
- LUGAR Y FECHA
- ACTO AUTORIZADO
- RIESGOS Y BENEFICIOS ESPERADOS DEL ACTO MÉDICO AUTORIZADO.
- AUTORIZACIÓN AL PERSONAL DE SALUD
- NOMBRE Y FIRMA QUIEN OTORGA LA AUTORIZACIÓN
- NOMBRE Y FIRMA DE LOS TESTIGOS
- NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZA EL ACTO AUTORIZADO.

- CONSENTIM. INFORMADO DE INGRESO.
- O.I. DE INGRESO HOSPITALARIO
- C.I. DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA.
- C.I. DE CIRUGÍA
- C.I. DE ESTUDIOS
- C.I. DE TRANSFUSIÓN

NOTA DE URGENCIAS

Registro clínico inicial en situaciones agudas, inesperadas o graves; Documento del expediente en el que el personal médico registra, de manera inmediata y ordenada la atención proporcionada en un servicio de urgencias.

- HORA DE INGRESO
- SIGNOS VITALES
- MOTIVO DE CONSULTA/ATENCIÓN
- RESUMEN DE L INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN FÍSICA
- RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS EN URGENCIAS
- DIAGNÓSTICOS
- TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
- PRONÓSTICO
- DESTINO DEL PACIENTE
- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE

NOTA DE INGRESO

Valoración integral inicial del paciente al momento de su admisión al hospital

- FECHA Y HORA DE INGRESO
- FICHA DE IDENTIFICACIÓN
- RESUMEN DE LA H.C.
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- RESULTADOS DE ESTUDIOS AUXILIARES
- DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y
- NOMBRE Y FIRMA DE L MÉDICO

NOTA DE EVOLUCIÓN

Seguimiento escrito y cronológico de la atención hospitalaria.

- FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN
- S, D, A, P.
- PRONÓSTICO
- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO.

N. INTERCONSULTA

Se solicita la participación de otro especialista para la valoración de un px, con el fin de obtener una opinión diagnóstica.

- CRITERIO DIAGNÓSTICO
- SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO
- MOTIVO DE CONSULTA.

H. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

1° Médico envía a un paciente a otro nivel de atención o servicio distinto

2° Se informa al médico remitente sobre la atención otorgada al paciente, resultados obtenidos y recomendaciones para el seguimiento.

- ①: MOTIVO DE ENVÍO
- ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA Y RECEPTOR
- NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN
- ②: MOTIVO DE CONTRA REFERENCIA
- RESUMEN ATENCIÓN OTORGADA
- RECOMENDACIONES P/ EL MÉDICO REMITENTE

INGRESO

Se elabora al momento en que el paciente concluye su estancia hospitalaria.

- NOMBRE DEL PX, EDAD, SEXO.
- FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN
- SIGNOS VITALES
- FyH DE INGRESO/EGRESO
- DÍAS DE ESTANCIA
- SE IDENTIFICA SI ES REINGRESO POR LA MISMA AFECCIÓN/ENFERMEDAD
- DIAGNÓSTICO DE INGRESO Y SEGUIMIENTO
- RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL
- MANEJO DURANTE LA ESTANCIA
- DX FINAL
- F. y H. DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
- MOTIVO DE EGRESO
- PLAN DE MANEJO Y TX
- RECOMENDACIONES PARA LA VIG. AMBULATORIA
- NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DEL MÉDICO

PRE Y POST OPERATORIA

① FECHA DE VACACIÓN A REALIZAR

- DX PRE-OPERATORIO
- PLAN QUIRÚRGICO
- RIESGO QUIRÚRGICO
- CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO POST-OPERATORIO

② OPERACIÓN PLANEEADA, REALIZADA

- DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO
- TÉCNICA QUIRÚRGICA
- Hallazgos
- REPORTE DE GASAS Y COMPRESAS
- INCIDENTES Y ACCIDENTES
- CUANTIFICACIÓN DE SANGRE PERDIDA
- ESTADO POST-QUIRÚRGICO
- PLAN MANEJO Y TRATAMIENTO POST-OPERATORIO
- ENLACE DE PIEZAS Y BIOPSIAS
- QUIRÚRGICAS PARA EXAMEN

PRE Y POST ANESTESIA

① Evaluación clínica del paciente

- TIPO DE ANESTESIA
- RIESGO ANESTÉSICO

② MEDICAMENTOS UTILIZADOS

- DURACIÓN DE LA ANESTESIA
- INCIDENTES Y ACCIDENTES ATRIBUIBLES A LA ANESTESIA
- CANTIDAD DE SANGRE APLICADAS
- ESTADO CLÍNICO A SU EGRESO DEL QUIRÓFANO
- PLAN MANEJO Y TRATAMIENTO INMEDIATO

H. NOTIFICACIÓN A MIN. PÚBLICO

- NOMBRE, RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR
- FECHA DE ELABORACIÓN
- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE ACTO NOTIFICADO
- REPORTE DE LESIONES DEL PX EN CASO
- AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO A LA QUE SE NOTIFICA
- NOMBRE, CÉDULA, FIRMA DEL QUE REALIZA LA NOTIFICACIÓN
- REPORTE DE CAUSA DE MUERTE SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

HOJA DE ENFERMERIA

- IDENTIFICACIÓN DEL PX
- HABITOS EXTERIOR
- GRÁFICA DE SIGNOS VITALES
- MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (FECHA, HORA, VÍA, DOSS, NOMBRE DE QUIEN APLICA EL MED.)
- PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
- VALORACIÓN DEL DOLOR
- NIVEL DE RIESGO DE CAÍDAS
- OBSERVACIONES
- NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORA

SERVICIOS AUXILIARES

- FECHA Y HORA DE ESTUDIO
- ESTUDIO SOLICITADO
- PROBLEMA CLÍNICO EN ESTUDIO
- ESPECIFICA INCIDENTES O ACCIDENTES
- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS E INTERPRETACIÓN POR EL MÉDICO TRATANTE (EXCEPTO HISTOPATOLÓGICAS)
- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

ANÁLISIS CLÍNICO

Documenta la síntesis de la evidencia subjetiva y objetiva para llegar a un dx.

PROBLEMAS RELEVANTES
RESULTADO DE EXÁMENES DE LABORATORIO/IMAGEN.
DIAGNÓSTICO ACTUAL/DIFERENCIAL
EVOLUCIÓN CLÍNICA.
CONGRUENCIA: CLÍNICO-DIAGNÓSTICA-TERAPEUTICA, DX-PRONÓSTICO

TRANSFUSIÓN DE UNIDAD DE SANGRE

- CANTIDAD DE UNIDADES, VOLUMEN, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LAS UNIDADES O DE SUS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS.
- FECHA, HORA, INICIO Y FINALIZACIÓN
- CONTROL DE SIGNOS VITALES, ESTADO GRAL ANTES, DURANTE Y DESPUÉS
- NOMBRE / FIRMA DEL MÉDICO QUE INDICA LA TRANSFUSIÓN. ASISTENTE PERSONAL
- ENCARGADOS DE APLICACIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.

N. DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL

- FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN Y ELABORACIÓN
- CAUSA DE MUERTE
- PROCEDIMIENTOS EN EL MOMENTO DEL EVENTO
- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE FETAL.

- FECHA, HORA DE ELABORACIÓN, DE MUERTE FETAL.
- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE Y DEL PRODUCTO
- ANT. OBSTÉTRICOS RELEVANTES
- CONDICIONES MATERNAS
- DX PROBABLE DE LA CAUSA DE MUERTE

- MANEJO BENEFICADO
- FIRMA/NOMBRE DEL MÉDICO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO
- DATOS DEL FALLECIMIENTO
- CAUSA DE LA DEFUNCIÓN
- DATOS DEL MÉDICO CERTIFICANTE
- DESTINO DEL CADÁVER.

TRABAJO SOCIAL

Copia del expediente clínico del estado socioeconómico
Nombre y firma del médico.

ENCABAL DE LAS NOTAS MÉDICAS

- Fecha y hora de elaboración
- Edad y sexo
- Signos vitales
- Resumen del interrogatorio.
- Exploración física.
- Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Dx o problemas clínicos
- Plan de estudio y/o tratamiento
- Pronóstico
- Nombre, cédula y firma del médico