



Mi Universidad

Mapa Conceptual

Mireya Pérez Sebastian

Parcial I

La NOM-004-SSA3-2012

Medicina Interna

Dr. Domínguez Santiago Erick Jair

Medicina Humana

Quinto Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. 10 de septiembre de 2025.

Expediente Clínico

Nom-004-SSA3-2012.

Historia Clínica

Documento médico-legal que recopila toda la información del paciente.

- Ficha de identificación
- Antecedentes heredo-familiares
- Antecedentes personales patológicos.
- Antecedentes no patológicos
- Padecimiento actual.
- Historial acerca del tratamiento previos de tipo convencional.
- Interrogatorio para aparatos y sistemas
- Examen físico (signos vitales, hábitos exterior, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales).
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio y de gabinete
- Diagnóstico o problema clínico
- Pronóstico
- Indicación terapéutica
- Nombre, Cédula Profesional y Firma de médico.

Nota Médica de Urgencias

Es el registro escrito que documenta la atención proporcionada a un paciente en situación aguda o crítica, de su ingreso de al área de urgencia.

Conjunto único de información y datos personales de un paciente, se integra todo tipo de establecimiento para la atención médica.

Consentimiento Informado de Ingreso

Es un consentimiento informado de ingreso, un documento mediante el cual el paciente, o su representante legal, autoriza voluntariamente el ingreso a una unidad médica.

- Nombre de la institución.
- Nombre o razón social del establecimiento
- Título del documento "Consentimiento Informado de Ingreso."
- Lugar y fecha de emisión.
- Acto autorizado
- Riesgos y beneficios esperados.
- Autorización para atención de urgencia o contingencias.
- Nombre completo y firma del paciente o familiar
- Nombre y firma del médico tratante y del que recaba el consentimiento.
- Nombre y firma de dos testigos.

(Urgencias)

- Fecha y hora de elaboración

Integración del expediente.

Es el proceso de recopilar, organizar y gestionar de manera lógica y cronológica todos los documentos.

- Expediente clínico solicitado
- Tiene un número único de identificación
- Índice guía en las carpetas.
- Documento secuencialmente ordenado y completo
- Letra legible / lenguaje médico
- Sin abreviaturas, tachaduras, y enmendaduras
- Se anexa a la lista de verificación, intervenciones quirúrgicas.

Nota de evolución Urgencia

Documento clínico que registra de forma cronológica y sistemática los cambios en el estado de salud del paciente, así como las decisiones médicas tomadas durante su atención.

Proporcionada a un paciente en situación aguda o crítica, de su ingreso de al área de urgencia.

Ingreso

- Nombre de Paciente.
- Fecha y hora de elaboración
- Edad y Sexo
- Motivo de consulta
- Signos vitales
- Estado Mental del paciente
- Resumen del Interrogatorio
- Exploración Física
- Resultado de estudios de los Servicios Auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Diagnóstico o Problemas Clínicos.
- Plan de estudio (Tratamientos).
- Pronóstico
- Nombre, Cédula Profesional y Firma del médico

Nota Inicial

- Fecha y hora de elaboración
- Ficha de Identificación
- Resumen Clínico completo
- Exploración Física completa
- Signos vitales
- Diagnósticos, Presuntivos o definitivos.
- Pronóstico
- Plan de manejo
- Nombre y firma del médico tratante.

(Urgencias)

- Fecha y hora de elaboración
- Nombre del paciente
- Edad y Sexo
- Evolución y actualización del cuadro clínico
- Nota Médica Por turno
- Signos vitales
- Resultados relevantes de los estudios de los Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Diagnóstico o Problema clínico
- Pronóstico
- Plan de estudio y/o tratamiento
- Nombre, Cédula Profesional y Firma de Médico

tomadas durante la atención.

(Hospitalización)

- Fecha y hora de elaboración
- Nombre del paciente
- Edad y Sexo
- Resumen clínico desde la última nota
- Resultados de estudios complementarios
- Exploración física y Signos vitales
- Interpretación de clínica y evolución.
- Modificación terapéutica
- Pronóstico
- Plan de estudio
- Nombre, Cédula y firma del médico tratante.

Nota de Ingreso Hospitalario

- Es un documento donde se registra de manera sistemática y detallado el estado Clínico Inicial del Paciente.

- Fecha y hora de elaboración
- Ficha de Identificación de Paciente
- Motivo de Ingreso
- Resumen de Padecimiento actual.
- Antecedentes Personales Patológicos y no Patológicos

Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario.

- Fecha y hora de elaboración
- Ficha de Identificación de Paciente
- Motivo de Ingreso
- Resumen de Padecimiento actual.
- Antecedentes Personales Patológicos y no Patológicos
- Exploración Física Completa
- Signos vitales
- Pronóstico
- Plan de manejo
- Nombre, Firma y Cédula Profesional del médico tratante.

Es la aceptación voluntaria de un Paciente, una vez que ha recibido información suficiente, clara, oportuna y adecuada, para permitirle tomar una decisión sobre la realización de procedimientos diagnósticos.

- Nombre de la Institución
- Nombre, razón o denominación Social del establecimiento
- Título del documento (Ingreso hospitalario).
- Lugar y fecha de emisión
- Acto autorizado
- Riesgo y beneficios esperados.
- Autorización para atención del Paciente en Hospitalario.
- Nombre del Paciente y Firma y Familiar
- Nombre y Firma del médico tratante y del que recaba el Consentimiento.
- Nombre y Firma de dos testigos.

Nota de Interconsulta

Es un documento obligatorio cuando se requiere la valoración de un Paciente por otro profesional de la salud, distinto al médico tratante.

- Fecha y hora en que se otorga el servicio.
- Signos vitales.
- Motivo de consulta
- Resumen del Interrogatorio, de Exploración Física y estado mental, en su caso
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Criterios de diagnóstico
- Plan de estudios
- Sugerencias diagnósticas y tratamiento
- Nombre completo del médico y Firma
- Nombre y Firma del Paciente.

Nota de Referencia / traslado.

Es un documento en la cual un establecimiento de salud remite a un paciente a otro nivel de atención o a una unidad médica.

Nota de Contra-referencia

Es un documento en el cual está dirigido al médico o unidad, en la cual es cerrar el ciclo de atención y garantizar la continuidad del manejo clínico.

- Establecimiento que envía
- Establecimiento receptor.
- Resumen clínico, que incluirá como mínimo
- Motivo de envío
- Impresión diagnóstica
- Terapéutica en la cual se la ubo
- Fecha, nombre y firma del médico que elabora la nota

- Datos de Paciente
- Unidad médica que contra referencia
- Unidad médica que recibió al paciente originalmente.
- Motivo de la contra referencia.
- Resumen clínico
- Recomendación para el seguimiento
- Fecha, nombre y firma del médico que elabora la nota.

Consentimiento Informado de referencia.

- Nombre de la Institución
- Nombre o razón social de establecimiento médico.
- Título del documento
- Lugar y fecha
- Datos del Paciente
- Descripción clara del motivo de la referencia
- Unidad médica receptora
- Firma del Paciente o su representante legal
- Firma del médico que informa y solicita la referencia
- Firma de dos testigos.

Nota de egreso

Es un resumen clínico que se realiza al momento de la salida del paciente del hospital.

Consentimiento Informado de Contra-referencia.

- Nombre del Paciente
- Edad y sexo
- Fecha y hora de elaboración
- Signos vitales
- Fecha y hora de ingreso / egreso hospitalario.
- Día de la estancia en la unidad.
- Se identifica si es reingreso
- Diagnóstico de ingreso
- Diagnóstico de egreso

- Nombre del Instituto
- Nombre o razón social
- Título de documento.
- Fecha y hora
- Acto autorizado o datos del paciente.
- Descripción del motivo de la contra referencia
- Unidad médica receptora
- Declaración de conformidad
- Firma del paciente o su representante legal
- Firma del médico que informa
- Firma de dos testigos

Nota de egreso

Es un resumen clínico que se realiza al momento de la salida del paciente del hospital.

- Nombre del paciente
- Edad y sexo
- Fecha y hora de elaboración
- Signos vitales
- Fecha y hora de ingreso / egreso hospitalario.
- Día de la estancia en la unidad.
- Se identifica si es reingreso
- Diagnóstico de ingreso (diagnóstico principal y secundario)
- Resumen de evolución y estado actual.
- Manejo durante la estancia hospitalaria.
- Diagnóstico final

Consentimiento Informado de Contrareferencia.

- Nombre del Instituto
- Nombre o razón social
- Título de documento.
- Fecha y hora
- Acto autorizado o datos del paciente.
- Descripción del motivo de la contrareferencia
- Unidad médica receptora
- Declaración de conformidad
- Firma del paciente o su representante legal
- Firma del médico que informa
- Firma de dos testigos.

- representante
- Firma del médico que informa y suscribe la referencia
- Firma de dos testigos.

- Fecha y hora de procedimientos realizados en su caso
- Motivo de egreso
- Problemas clínicos
- Plan de manejo, tratamiento y indicación.
- Nombre, cédula, y firma del médico

Nota de egreso voluntario o Alta voluntaria.

Nota Pre-anestésica

Nota Pre-operatoria

Es un documento en

Nota de egreso voluntario o Alta voluntaria.

- Nombre y dirección del establecimiento
- Nombre del Paciente.
- Fecha y alta de la hora
- Nombre, edad, Parentesco y Firma de quien solicita el alta voluntaria
- Resumen Clínico
- Medidas recomendadas para la Protección de la Salud
- Nombre y Firma del médico
- Nombre y Firma del Paciente
- Nombre y Firma de dos testigos

Nota Post-anestésica

- Nombre del Paciente
- Fecha y hora de elaboración
- Fecha y Sexo
- Exploración Física
- Medicamentos utilizados
- Duración de la anestesia
- Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia
- Cantidad de Sangre o Soluciones aplicadas
- Estado Clínico de enfermo a su egreso de quirófano
- Plan manejo y tratamiento Inmediato.

Nota Pre-anestésica

Evalúa el estado clínico del paciente, Identificar riesgos anestésicos y definir el Plan anestésico más adecuado.

- Nombre de Paciente
- Fecha y hora de elaboración
- Edad y Sexo
- Evaluación clínica del Paciente.
- Resumen del Interrogatorio
- Tipo de anestesia
- Riesgos anestésicos
- Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Diagnóstico o Problemas Clínicos
- Pronóstico y Plan de manejo
- Nombre y Firma de Médico

Nota Pre-operatoria

Es un documento en donde consta del diagnóstico, la justificación de procedimientos y los detalles técnicos previos.

- Nombre del Paciente
- Fecha y hora de elaboración
- Edad y Sexo
- Interrogatorio
- Exploración Física y Signos vitales
- Fecha de la cirugía a realizar
- Diagnóstico Pre-operatorio
- Plan Quirúrgico
- Riesgo Quirúrgico
- Cuidados y Plan terapéutico Preoperatorio.

Post - operatoria

- Nombre del Paciente
- Fecha y hora de elaboración
- Sexo y edad.
- Exploración Física.
- Resumen del Interrogatorio
- Operación Planeada
- Operación realizada
- Diagnóstico Post-operatorio
- Descripción de la técnica Quirúrgica.
- Hallazgos Intraoperatorio
- Reporte de Gasas y Compresas
- Incidentes y accidentes.
- Cuantificación de Sangrado
- Resultados e Interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Estado Post-quirúrgico Inmediato
- Plan de manejo y Post-operatorio
- Envío de Piezas y biopsias Quirúrgica

Consentimiento Informado de la Cirugía

Documento legal, en donde el Paciente acepta someterse a un Procedimiento Quirúrgico.

- Nombre del Instituto
- Título del documento
- Lugar y fecha de emisión
- Datos del Paciente
- Descripción del Procedimiento Quirúrgico
- Riesgo y beneficios esperados
- Autorización para atención de urgencia derivadas del Procedimiento.
- Firma del Paciente o su representante legal
- Firma del médico que informa
- Firma de dos testigos.

Análisis Clínico

Este documento garantiza que el Paciente comprende el propósito, los riesgos y las complicaciones de los estudios a realizarse.

- Identificación del Paciente
- Tipo de estudio realizado
- Fecha y hora de toma
- Fecha y hora de emisión
- Nombre del estudio a realizar
- Existe congruencia clínico-diagnóstica
- Existe congruencia diagnóstica-terapéutica
- Existe congruencia diagnóstica-pronóstica.
- Nombre y firma del Paciente
- Nombre y firma del Médico.

Hoja de Notificación al Ministerio Público

Documento, cuando el Personal médico detecta hechos que podrían constituir delitos o situaciones que requieren intervención legal.

- Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador
- Fecha de elaboración
- Identificación del Paciente
- Acto notificado
- Reporte de testigos del Paciente en su caso.
- Agencia del Ministerio Público a la que notifica
- Nombre Completo, Firma, Cédula Profesional del Médico
- Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica

Hoja de Enfermería

Es un documento que registra las intervenciones, observaciones y cuidados proporcionados por el Personal de Enfermería.

- Identificación del Paciente
- Hábitos exteriores
- Gráfico de signos vitales
- Administración de medicamentos (Fecha/hora/ vía/dosis/nombre del medicamento)
- Procedimientos realizados
- Valoración de dolor (escala)
- Nivel de riesgo de caídas
- Observaciones
- Nombre y firma del

Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

- Documento de los procedimientos realizados, los hallazgos obtenidos y las recomendaciones técnicas que contribuyen en el diagnóstico y tratamiento
- Fecha y hora del estudio
- Estudio Solicitado
- Problemas clínicos de estudio
- Específica Incidentes o accidentes
- Descripción de resultados de Interpretación por el médico tratante.
- Nombre y firma del médico

Consentimiento Informado de estudio.

Proceso en donde los Pacientes reciben Información completa, de los Procedimientos, riesgos, beneficios Benéficos y donde dar a conocer que están de acuerdo, de los Procedimientos.

- Título del estudio
- Nombre del investigador/ responsable
- Nombre de la Institución
- Nombre o razón social del establecimiento médico.
- Lugar y fecha
- Acto autorizado.
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto autorizado
- Descripción clara del Procedimiento o estudio
- Alternativas disponibles o opciones.
- Voluntariedad y derecho a revocar el consentimiento.
- Confidencialidad de los datos
- Fecha y Firma del Paciente o su representante legal.

- Identificación del Paciente
- Identificación del Profesional tratante
- Descripción del Procedimiento
- Indicación médica
- Beneficios esperados
- Riesgos y complicaciones
- Alternativas terapéuticas
- Derecho a revocar la negativa
- Confidencial
- Firma, nombre, y firma de dos testigos

Nota de transfusión de unidades de Sangre

Documento médico en la cual se llena para indicar al banco de sangre la necesidad de una transfusión, especificando con los datos del Paciente.

- Identificación al Paciente.
- Fecha y hora de la elaboración.
- Examen físico
- Signos vitales
- Diagnóstico o Problema Clínico
- Plan de tratamiento
- Pronóstico
- Cantidad de la unidad, Volumen.

- Número de Identificación de las unidades de Sangre o de sus Componentes transfundidos.
- Fecha y hora de Inicio y finalización de la transfusión
- Signos vitales y estado general del Paciente, antes, durante y después de la transfusión
- Indicación de reacciones adversas y tipo.
- Nombre completo y firma del médico que Indica la transfusión, así como el personal encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión.

Consentimiento Informado de la transfusión de Sangre

- Es un documento médico - legal, en la que garantiza el respeto de la autonomía del Paciente, asegurando que reciba Información clara y correcta, sabiendo los beneficios y riesgos, y que este conciente si acepta o lo rechaza.

Reporte de causa de

• Confidencial

• Firma, nombre, y firma de dos testigos

rechaza.

Nota de defunción y de muerte fetal

Es un documento Clínico que registra el fallecimiento de un paciente dentro de una unidad médica.

Es un certificado médico de defunción.

Reporte de causa de muerte a sujeta a la Vigilancia epidemiológica.

Es un instrumento oficial mediante el cual se notifica, analiza y documenta una defunción cuya causa está incluida en el catálogo de eventos sujetos a vigilancia epidemiológica.

• Fecha y hora de defunción

• Nombre completo del paciente

• Edad y Sexo

• Diagnóstico Principal que causó la defunción

• Diagnóstico Secundario

• Nombre completo y firma del médico que certifica la defunción

• Datos Institucional (nombre del establecimiento, unidad médica).

• Resumen Clínico del evento que llevó a la defunción.

• Muerte fetal: Edad gestacional, del Producto, sexo, talla y peso;

• Identificación del fallecido:

Folio del certificado de defunción, nombre completo o si es recién nacido sin nombre, sexo, Edad, horas, lugar.

• Datos del evento: Fecha de defunción, hora, lugar, hospital;

• Información Clínica y epidemiológica, como antecedente, resultado de estudio;

• Datos administrativo;

