



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

Michelle Roblero Álvarez

Parcial I

Medicina Interna

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago

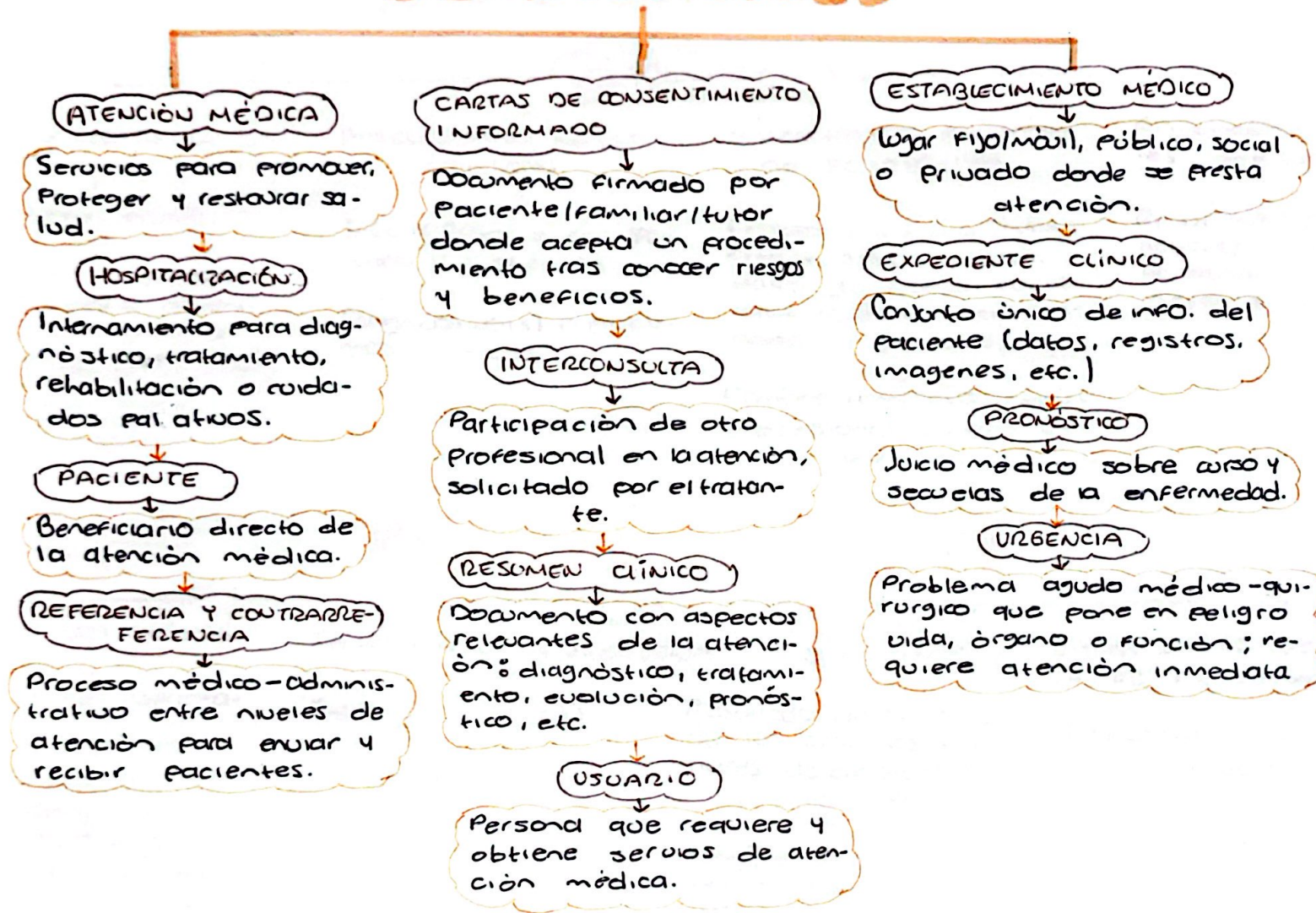
Medicina Humana

5to Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre de 2025

1

DEFINICIONES

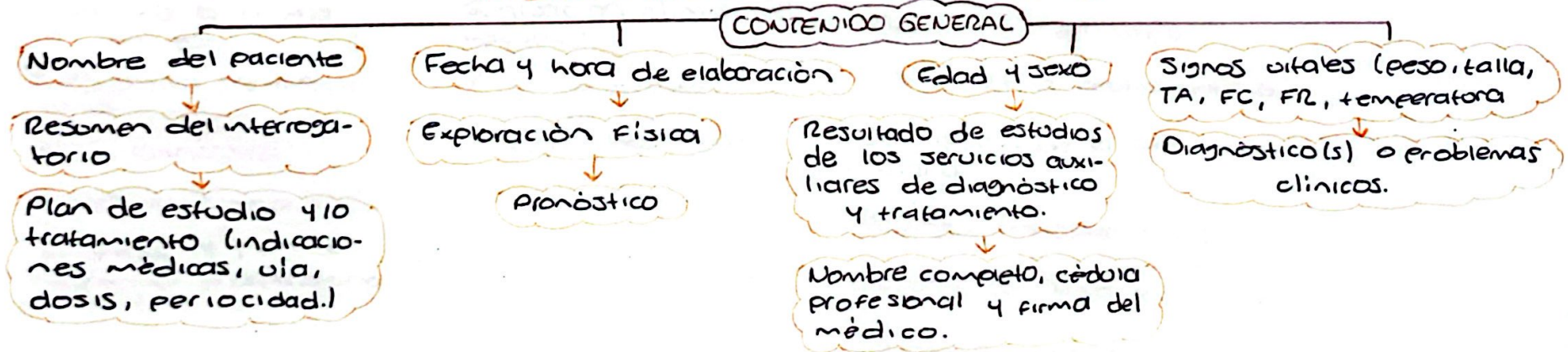


2

HISTORIA CLINICA



NOTAS MÉDICAS



3

ESPECIFICACIONES DE LAS NOTAS MÉDICAS

NOTAS DE URGENCIAS

Motivo de la consulta

Estado mental del paciente

Se menciona destino de paciente después de la atención de urgencias

Se precisan los procedimientos en el área de urgencias

NOTAS DE EVOLUCIÓN

Existencia de nota médica por turno

Evolución y actualización de cuadro clínico.

NOTAS DE REFERENCIA/ TRASLADO

Motivo de envío

Establecimiento que envía y establecimiento receptor.

Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia.

NOTAS DE INTERCONSULTA

Criterio diagnóstico

Sugerencias diagnósticas y de tratamiento

Motivo de la consulta

NOTA PREOPERATORIA

Fecha de la cirugía a realizar.

Diagnóstico pre-operatorio

Plan quirúrgico

Riesgo quirúrgico

Cuidados y plan terapéutico preoperatorio.

NOTA PREANESTESICA

Evaluación clínica del paciente.

Tipo de anestesia.

Riesgo anestésico.

NOTA POST-OPERATORIA

Operación planeada.

Operación realizada.

Diagnóstico post-operatorio.

Descripción de la técnica quirúrgica.

Hallazgos transoperatorios

Reporte de gases y compresas.

Incidentes y accidentes

Cuantificación de sangrado

Resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico transoperatorio.

(4)

NOTA POST-ANESTESICA

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

DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Fecha y hora del estudio
Estudio solicitado
Problema clínico en estudio
Especificar incidentes o accidentes
Descripción de resultados e interpretación por el médico tratante (excepto estudios histopatológicos).
Nombre completo y firma del médico.

NOTA DE EGRESO

Nombre del paciente.
Edad y sexo
Fecha y hora de elaboración
Signos vitales
Fecha y hora de ingreso/egreso hospitalario.
Días de estancia en la unidad
Se identifica si es reingreso por la misma afección en el año.
Diagnóstico(s) de ingreso. Contiene principal y dx secundarios
Resumen de la evolución y el edo. actual.
Manejo durante la estancia hospitalaria.
Diagnósticos finales.
Fecha y hora de los procedimientos realizados en su caso.
Motivo de egreso (máximo beneficio, por mejoría, alta voluntaria, exitus).
Problemas clínicos pendientes

Estado post-quirúrgico inmediato.

Plan manejo y tratamiento post-operatorio inmediato.

Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico.

HOJA DE ENFERMERIA

Identificación del paciente

Habitos exterior

Gráfica de signos vitales

Ministración de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre, de quien aplica el medicamento.)

Procedimientos realizados

Valoración del dolor (localización y escala).

Nivel de caídas.

Observaciones

Nombre completo y firma de quien elabora.

REGISTRO DE LA TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE O SUS COMPONENTES

Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos.

Fecha y hora de inicio de la transfusión y finalización.

Control de signos vitales y estado gral. del px. antes, durante y después.

En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como los procedimientos para efecto de la investigación corresp.

Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como el personal de salud encargado de la aplicación.

5 Plan de manejo y tratamiento

Recomendaciones para vigilancia ambulatoria.

Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.

HOJA DE NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO PÚBLICO

Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador.

Fecha de elaboración.

Acto notificado.

Reporte de lesiones del px.

Agencia del ministerio público al que se notifica.

Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que notifica.

Reporte de la causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la institución a la que pertenece el establecimiento médico.

Nombre o razón social del establecimiento médico.

Título del documento.

Lugar y fecha.

Acto autorizado

Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.

Autorización al personal de la salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Nombre y firma del personal que otorga la autorización.

Nombre y firma de los testigos.

Nombre y firma de quien realiza el acto autorizado

Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameritan.

NOTA DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL

Se integra copia al Expediente Clínico

Nombre completo, cédula y firma de quien elabora.

Fecha y hora de elaboración

6

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIOS

Autoriza procedimientos
como biopsias, radiogra-
fias, endoscopias, labo-
ratorios especiales.

Explicar:

- Propósito
- Riesgos y beneficios
- Procedimiento alterna-
tivo, si existe.
- Consecuencias de no
realizarlo.

*Añadir pasos previos del consentimiento
informado anterior.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE.

Autoriza recibir sangre o
hemoderivados, tras
reconocer:

- Riesgos (reacciones,
transmisión de infec-
ciones, complicaciones).
- Beneficios esperados
- Alternativas (farmacos,
volumen, autotransfusión).

*