

Trabajo Social

Relacion al residente

Documento que incorpora al estudio socioeconómico del paciente realizado por Trabajo Social

Análisis Clínico

Documento que verifica la congruencia médica entre Clínico Diagnóstico/tratamiento/historia.

Diagnóstico Histórico

Introducción del expediente

1. Establece la correcta organización, identificación y secuencia de los apartados que conforman el expediente clínico.
2. Conformar el expediente clínico.
3. Orden
4. Legibilidad
5. Complejidad
6. Sin ambigüedades, tachaduras y enmendaduras
7. Anexa lista verificación al intervencionismo diagnóstico.

Notas Originales

Nota específica para registrar observación en área de urgencias

1. Registro completo que documenta la evolución clínica del paciente en cada turno.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

3.

Trabajo Social.

1. Copia en el expediente

Clinico pl estudio socioeconómico de trabajo social.

2. Nombre completo y firma del médico.

Análisis Clínico.

1. Existe Congruencia.

Clinico. Diagnóstica

2. Existe Congruencia Diagnóstico-terapéutica.

3. Existe Congruencia Diagnóstico-pronóstica.

4. Existe Congruencia Diagnóstico-pronóstica.

Integración del expediente.

1. Existe el expediente clínico solicitado

2. Tiene un número único de identificación.

3. Incorpora índice guía en las carpetas

4. Documentos secuencialmente ordenados y completos

5. Letra legible en lenguaje técnico médico.

6. Sin observaciones tachaduras y enmendaduras

7. Anexa lista verificación al intervenciones quirúrgicas.

Historia Clínica

1. Ficha Identificación

2. Antecedentes Heredo-Familiares

3. Antecedentes Personales y Patol.

4. Antecedentes Personales Patol.

5. Presentimiento Actual

6. Interrogatorio p/ Aparatos y Sistemas

7. Exploración Física.

8. Resultados Menus y actuales de estudios laboratorio/guante

9. Terapia empleada y resultados obtenidos (med, de, dato, periodo).

10. Diagnóstico(s) o hall. clínico(s)

11. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.

Notas Originales

2. Motivo Consulta

3. Estado Actual P/c

4. Destino de P/c después de atención

5. Procedimientos en línea de origen

Notas Evolución

12. Nota médica por turno

13. Evolución y actualización p/ turno.

Notas Referencia

12. Motivo consulta

13. Establecimiento emisor y receptor.

14. Nombre del méd. responsable en recepción orig.

Notas Interconsulta

12. Criterio Diagnóstico

13. Sugereencias Dx y de tratamiento

14. Motivo Consulta.

NOTAS MÉDICAS GRAN

1. Nombre del Paciente

2. Fecha y hora Elaboración

3. Edad y Sexo

4. Datos Vitales (P, T, FC, TA, SpO2)

5. Presente la interrogatorio

6. Exploración Física

7. Resultados de servicios auxiliares de Dx y Tx.

8. Diagnóstico(s)

9. Plan estudio/tratamiento

10. Pronóstico

11. Nombre completo, cédula y firma médica.

Notas Preoperatorio

12. Fecha de a realizar

13. Dx Preoperatorio

14. Plan Quirúrgico

15. Riesgo Quirúrgico

16. Rasado y plan terapéutico postop.

NOM-004-SSA3-2012 Expediente Clínico

CONJUNTO ÚNICO DE INFORMACIÓN Y DATOS PERSONALES DE UN PACIENTE QUE SO INTEGRAN DENTRO DE TODO TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA, EL CUAL CONSTA DE DOCUMENTOS GRÁFICOS, ESCRITOS, IMAGENECÓPICOS, ETC. DE LAS CUERPOS EL PERSONAL DE SALUD HAGA TODA LA PARCELA DE LA ATENCIÓN MÉDICA ASEGURA A LER.