



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

NOM 004

Cristian Josué Valdez Gómez

Parcial I

Medicina Interna

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago

Medicina humana

Semestre V

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 10 de Septiembre del 2025

Se estructura por:

Documento básico que integra los datos generales, antecedentes, interrogatorio, exploración física y diagnósticos.

Historia Clínica

Expediente Clínico
NOM-004-SSA3-2012

Documentos Especiales

Documentos adicionales y de complemento que se añaden a los casos especiales como el fallecimiento de un paciente o en caso del reporte de caso de agitación al Ministerio Público.

Algunos son:

Documento mediante el cual el paciente (o su representante legal) autoriza por escrito la realización de procedimientos, tras haber recibido información clara, completa y veraz.

Consentimiento Informado

Notas Médicas

Documento que debe elaborarse en forma clara, precisa, legible, sin abreviaturas y de manera cronológica, con firma y cédula del profesional responsable.

Los principales son:

q
p

Resultados Preliminares de Estudios

Datos provisionales que son registrados x permiten al personal tomar decisiones clínicas inmediatas mientras se obtienen los resultados finales: laboratorio, Imagenología, gabinete x especiales.

Exploración física.

Se incluyen datos signológicos x semiológicos, así como signos vitales. Inspección, Palpación, percusión, auscultación por aparatos x sistemas.

Interrogatorio por aparatos x sistemas

Manera sistemática de preguntar al Paciente sobre síntomas relacionados con cada órgano o sistema del cuerpo humano.

Padecimiento Actual

Descripción cronológica, clara, precisa x ordenada de los síntomas x signos que llevaron al paciente a solicitar su atención médica.

Antecedentes ginecoobstétricos (si aplica)

Información clínica de la mujer que aporta datos relevantes para el diagnóstico, pronóstico x tratamiento.

Antecedentes Personales Patológicos

Enfermedades, condiciones médicas o intervenciones previas que ha tenido o padecido el paciente a lo largo de su vida.

Antecedentes Personales No Patológicos

Condiciones de vida x hábitos del paciente, aunque no son enfermedades influye en la salud del mismo.

Antecedentes Heredofamiliares

Padecimientos o causas de muerte presentes en familiares sanguíneos directos o indirectos.

Datos de identificación

Grupo sanguíneo.
Ocupación, teléfono, religión, Nombre, edad, sexo, estado civil,

Se estructura por:

Documento básico que integra los datos generales, antecedentes, interrogatorio, exploración física x diagnósticos

Plan
Terapéutico



Se trata del conjunto de acciones, intervenciones y estrategias médicas que el profesional establece para resolver, controlar o mejorar el problema de salud.

Diagnósticos
Presuntivos



Hipótesis clínica inicial que realiza el Profesional sobre la enfermedad o condición que afecta al paciente, basado en signos y síntomas, antecedentes y hallazgos clínicos iniciales.

Resultados
Preliminares de Estudios



Datos provisionales que son registrados y permiten al personal tomar decisiones clínicas inmediatas mientras se obtienen los resultados finales: laboratorio, imagenología, gabinete y especiales.

Nota de Ingreso

→ Nota inicial del registro del paciente cuando ingresa a un servicio de salud, ya sea de urgencias o de hospitalización.

- Fecha y hora de atención
- Datos Generales
- Motivo de consulta
- Signos Vitales
- Exploración Física
- Dx inicial
- Manejo y tratamiento
- Pronóstico

Nota de Evolución

→ En este se registran los cambios en el estado de salud del paciente, la respuesta al tratamiento, resultados de estudios, diagnósticos actualizados y Plan terapéutico.

- Fecha, hora, evolución del paciente
- Resultados de estudios
- Respuesta al tratamiento
- Diagnósticos Actualizados
- Plan de manejo.

Interconsultas

→ Solicitud escrita al especialista para su intervención.

- Motivo de interconsulta,
- Hallazgos relevantes,
- Diagnósticos,
- Estudios disponibles

Nota de Referencia

→ Se elabora al transferir un paciente a otra unidad médica.

- Datos Generales
- Diagnósticos
- Resumen Clínico
- Motivo de referencia.

* Consent. Informado

Nota de Contrareferencia

→ Elaborada al recibir de vuelta al paciente.

- Evolución Clínica
- Tratamiento
- Recomendaciones.

a Consent. Informado.

Documentos de laboratorio, imagenología y terapias

- Análisis clínicos: Resultados de laboratorio
- Servicios Auxiliares: Radiología, imagenología, EKG, etc.
- Consentimiento informado por estudios: Cuando el procedimiento implique riesgo (ejemplo: biopsias, punciones)

Defunción

- Notas de defunción x muerte fetal: Fecha, hora, causa de defunción, circunstancias clínicas.
- Certificado de defunción: Documento oficial avalado por autoridades de salud
- Reporte de causa de muerte: Registro estadístico x legal.

Otros documentos

- Hoja de enfermería: Signos vitales, administración de medicamentos, cuidados de enfermería.
- Notificación al MP: En caso de lesiones, violencia, accidentes o muerte no natural.

Nota de Egreso

→ Documento final que registra la conclusión de la atención médica de un paciente en un establecimiento de salud, sea por alta hospitalaria, alta voluntaria o defunción.

- Fecha x hora de egreso
- Diagnóstico de egreso
- Evolución durante la hospitalización
- Tratamiento administrado
- Estado del paciente al egreso
- Plan de seguimiento.

Alta voluntaria.

→ Documento firmado por paciente o representante, donde se libera la institución y médicos de responsabilidad en caso de complicaciones por abandono de tratamiento.

Notas Quirúrgicas.

- Preoperatoria: Diagnóstico, plan quirúrgico, riesgos, consent. Inf.
- Valoración preoperatoria: Evaluación integral antes de cirugía.
- Preanestésica: Evaluación del riesgo anestésico (Clasif. ASA)
- Hoja de registros del transoperatorio: Signos vitales, procedimientos, medicamentos administrados.
- Hoja de Cirugía segura: Check list, pre, intra y postquirúrgico.
- Registro de anestesia: Medicamentos, técnicas y evolución
- Hoja de intervención: Técnica empleada, hallazgos, complicaciones.
- Postoperatoria: Estado inmediato del paciente, evolución y plan de vigilancia.
- Nota postanestésica: Estado del paciente en recuperación
- Consentimiento informado: Documento específico con procedimientos, riesgos y alternativas.

Consentimiento Inf.
de transfusiones de
sangre y hemoderivados.



Documento por el cual el paciente o representante autoriza la administración de sangre o sus componentes tras recibir información sobre los riesgos, beneficios y alternativas.

Consentimiento Informado
de cirugía.



Documento mediante el cual el paciente o su representante legal autoriza la realización de un procedimiento quirúrgico, posterior de recibir información clara, completa y comprensible sobre riesgos, beneficios, alternativas y complicaciones.

Consentimiento Informado
de ingreso hospitalario.



• Similar al de ingreso, pero específico para hospitalización
• Debe especificar la aceptación del paciente de permanecer bajo vigilancia hospitalaria.

Consentimiento
informado de
ingreso.



Documento firmado por paciente o representante

Contiene:

- Nombre del paciente
- Nombre y firma de quien otorga el consentimiento
- Procedimiento Autorizado
- Riesgos y beneficios explicados
- Fecha, hora, firma del médico

BIBLIOGRAFÍAS

1. *Secretaría de Salud. (2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación.*