



Rodolfo Alejandro Santiago Gómez

Docente: Domínguez Santiago Erick Jair

Materia: Medicina interna

Fecha: 10/09/25

Parcial: I

1 Expediente Clínico.

Proceso sistemático de recopilación, Organización y mantenimiento de todos los documentos y datos relevantes relacionados con la atención médica.

Estructura / Elementos:

- Identificación completa del paciente: Nombre, fecha de nacimiento, Sexo, domicilio, color de contacto.
- Orden cronológico: Disposición de los documentos y registros en orden de fecha y hora de creación o recepción.
- Legibilidad y claridad: uso de lenguaje claro y preciso, evitando abreviaturas no estandarizadas.
- Firma y nombre del médico.

3 Consentimiento Informado de ingreso.

Documento mediante el cual el paciente o su representante legal autoriza su ingreso a una institución de salud, después de haber recibido información.

Estructura

- Identificación del paciente
- Información sobre el ingreso: motivo del ingreso
- Riesgo y beneficio
- Alternativas
- Derecho a revocar
- Firma del paciente o representante legal
- Firma del médico.

5 Nota de evolución

Registro periódico de la evolución del paciente durante la estancia de urgencia o hospitalización, incluyendo cambios en su estado, respuesta al tratamiento y gastos en el plan de atención.

Estructura

- Fecha y hora
- Estado general del paciente
- Evolución de los síntomas
- Respuesta al tratamiento
- Ajuste al plan del tratamiento
- Resultados de estudios
- Plan de la Próximas horas.

7 Interconsultas.

Solicitud de opinión y valoración o opinión a otro especialista o servicio médico para complementar la atención del paciente.

Estructura.

- Solicitud de Interconsulta:
- Identificación del paciente
- Motivo de la Interconsulta
- Información relevante
- Pregunta específica.
- Respuesta de la Interconsulta:
- Valoración del especialista
- Plan del tratamiento.

NOM-004-2012

2 Historia Clínica:

Narración completa y detallada de la salud del paciente, desde sus antecedentes personales y familiares hasta su padecimiento actual.

Estructura

- Ficha de identificación: Datos personales del paciente (Nombre, edad, género, estado civil, ocupación, etc.).
- Motivo de consulta: Razón principal por la cual el paciente busca atención médica.
- Antecedente heredo-familiares
- Antecedentes personales no patológicos
- Padecimiento actual
- Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Exploración Física.
- Resultados de estudios complementarios.

4 Notas médicas de urgencia.

Registro Cronológico de la atención brindada a un paciente en el servicio de urgencia, incluyendo la evaluación inicial, los estudios, utilizados y tratamiento realizados.

Estructura.

Nota de ingreso:

- Hora y fecha de llegada.
- Motivo de consulta
- Signos vitales iniciales
- Resumen de Interrogatorio y exploración física
- Impresión diagnóstica inicial.

Nota inicial:

- Aplicación de la información de la nota de ingreso
- Resultados de estudios complementarios
- Diagnóstico presuntivo.
- Plan de tratamiento detallado

6 Nota de ingreso hospitalario.

Registro detallado de la evaluación inicial del paciente al momento de su ingreso al hospital, incluyendo su estado general, motivo de ingreso, antecedentes relevantes y plan de tratamiento inicial.

Estructura

Similar a la nota inicial de urgencia pero con mayor énfasis a la planificación a largo plazo.

8 Nota de referencia y Contrareferencia

Documentos que facilitan la transición de un paciente entre diferentes niveles de atención médica.

Referencia: Traslado del paciente a un nivel de atención superior.

Estructura.

- Identificación del paciente
- Motivo de referencia
- Resumen de la historia clínica
- Tratamiento recibido
- Nivel de atención requerido

9) Nota de egreso

Resumen de la estancia hospitalaria del paciente, incluyendo el diagnóstico final, el tratamiento recibido, la evolución y las recomendaciones para el seguimiento ambulatorio.

Estructura

1. Identificación del paciente
2. Fecha de ingreso y egreso
3. Diagnóstico Final
4. Resumen del tratamiento
5. Evaluación
6. Recomendaciones para el seguimiento ambulatorio
7. Pronóstico

10) Alta Voluntaria

Documento mediante el cual el paciente decide abandonar el hospital en contra de la recomendación médica.

Estructura

1. Identificación del paciente
2. Declaración de voluntad
3. Conocimiento de los riesgos de abandonar el hospital
4. Firma del paciente
5. Firma del médico

11) Valoración preoperatoria.

Evaluación médica completa del paciente antes de una cirugía, para identificar posibles riesgos y optimizar su estado de salud.

Estructura

1. Historia clínica
2. Exploración Física
3. Estudios complementarios
4. Evolución de riesgos
5. Plan de optimización.

12) Valoración pronóstica.

Evaluación específica del paciente por el anestesiólogo antes de una cirugía, para determinar y minimizar los riesgos.

Estructura.

1. Historia clínica
2. Exploración Física
3. Evaluación de vía aérea
4. Plan de anestesia

13) Hoja de registro del transoperatorio

Documento donde se registran todos los eventos importantes que ocurren durante la cirugía, desde el inicio hasta el final.

Estructura

1. Datos del paciente
2. Datos de la cirugía: Tipo, cirujano, ayudantes
3. Tiempo quirúrgico: Inicio al fin

Transfusión de unidades de sangre
Procedimiento mediante el cual el paciente autoriza la realización de un estudio diagnóstico, después de haber recibido información clara.

- Datos del Paciente
- Grupo sanguíneo
- Motivo de transfusión
- Cantidad de unidades.

14) Hoja de enfermería en quirófano.

Documento donde la enfermera registra todas las actividades realizadas durante la cirugía, incluyendo, la preparación del paciente, la administración de medicamentos y el cuidado del equipo.

Estructura:

1. Datos del paciente
2. Preparación del paciente
3. Administración de medicamentos
4. Cuidado del equipo
5. Observaciones.

15) Registro de anestesia.

Documento donde el anestesiólogo registra todos los detalles de la anestesia, incluyendo los medicamentos utilizados, signos vitales del paciente y cualquier complicación.

Estructura

1. Datos del paciente
2. Tipo de anestesia
3. Medicamentos utilizados
4. Signos vitales
5. Eventos relevantes
6. Plan de recuperación.

Hoja de Intervención Quirúrgica

Descripción detallada de los pasos realizados durante la cirugía, incluyendo los hallazgos, las técnicas utilizadas y cualquier complicación.

Estructura

1. Datos del paciente
2. Datos de la cirugía
3. Descripción de la técnica
4. Hallazgos
5. Complicaciones
6. Cierre: cierre de la herida.

Notas postoperatoria y postanestésica.

Registros de la evolución del paciente después de la cirugía y la anestesia.

Postoperatoria:

- Estado general del paciente
- Signos vitales
- Estado de la herida quirúrgica
- Manejo del dolor
- Plan de alimentación y movilización

Postanestésica:

- Nivel de conciencia
- Función respiratoria
- Estabilidad hemodinámica

Análisis Clínico y Servicios Auxiliares
Resultados de laboratorio, radiología, y otros estudios diagnósticos que complementan la evaluación clínica del paciente.

Estructura

1. Datos del paciente
2. Tipo de estudio
3. Motivo de estudio
4. Información clínica relevante

Nota de defunción y muerte fetal

Registro que documenta el fallecimiento de un paciente o de un feto.

Estructura.

- Datos del paciente
- Fecha y hora de defunción
- Causa de la muerte
- Nombre y firma de médico

Fetal:

- Datos de la madre
- Edad gestacional
- Fecha y hora de muerte
- Causa de la muerte

Bibliografías

1. (S/f-b). Gob.mx. Recuperado el 11 de septiembre de 2025, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/629875/NOM-004-SSA3-EXPEDIENTE-CLINICO.pdf>