



Mi Universidad

Mapa conceptual

Carlos Eduardo Villatoro Jiménez

Expediente clínico

Parcial I

Medicina interna

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago

Medicina humana

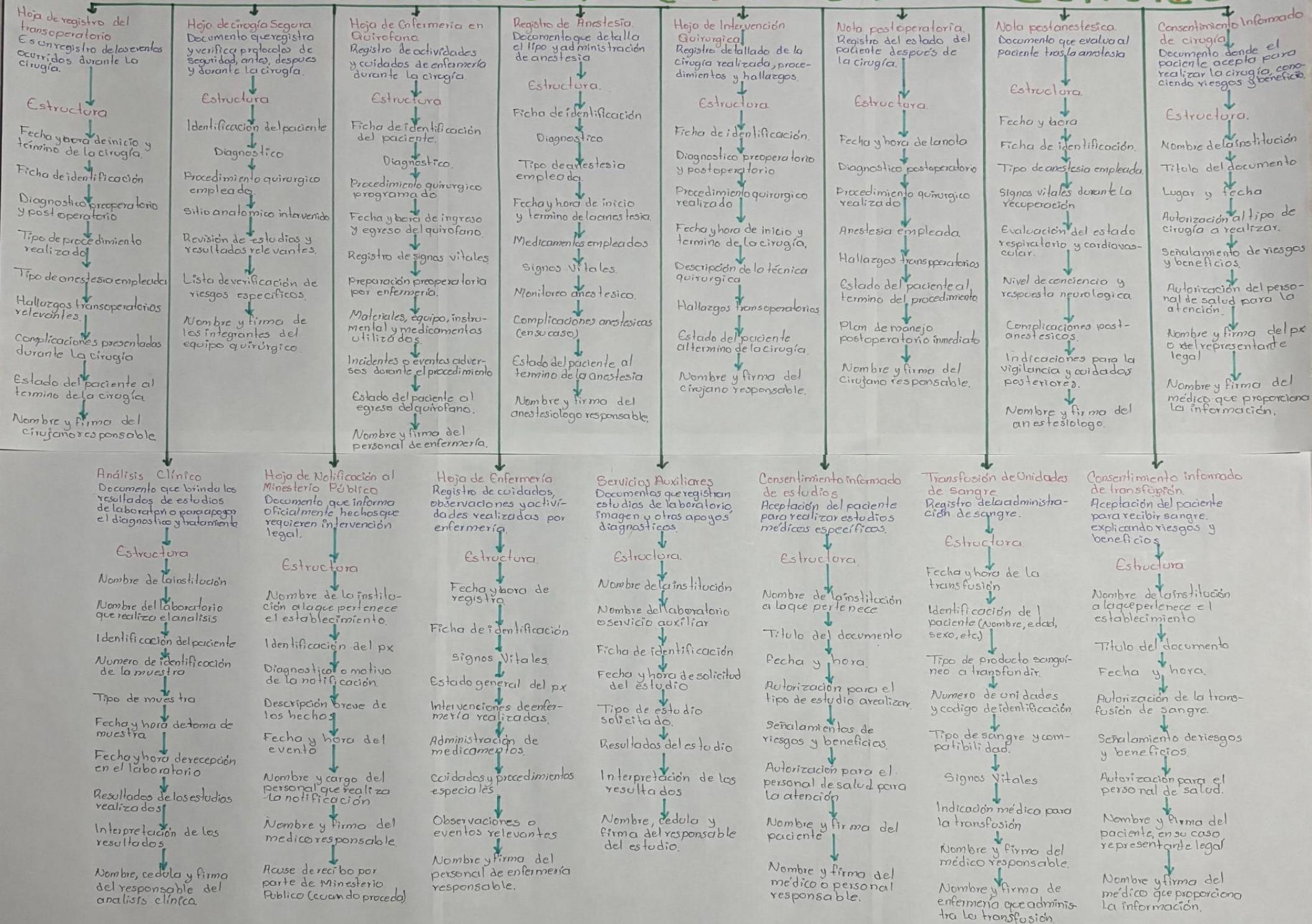
Semestre 5-A

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

NOM-004 SSA3-2012: EXPEDIENTE CLINICO

<p>Historia Clínica Registro ordenado médico de un paciente para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.</p> <p>Estructura</p> <p>Ficha de identificación Antecedentes heredo-familiares Antecedentes personales patológicos Antecedentes personales no patológicos Antecedentes gineco-obstétricos (en su caso), androgénicos Padecimiento actual Interrogatorio por aparatos y sistemas Exploración física (signos vitales, peso y talla). Resultados previos y actuales Diagnosticos o problemas Pronóstico Indicación terapéutica y plan de manejo. Nombre y firma del médico.</p>	<p>Consentimiento informado de ingreso Documento donde el paciente acepta y comprende los procedimientos médicos al ser admitido.</p> <p>Estructura</p> <p>Nombre de la institución a la que pertenece el establecimiento Nombre, razón o denominación social del establecimiento.</p>	<p>Nota médica de urgencias (Nota de ingreso y nota inicial) Registro del estado clínico del paciente al llegar en urgencias y al ingreso al piso.</p> <p>Estructura</p> <p>Fecha y hora en que se otorga la atención. Signos vitales Motivo de la atención Resumen del interrogatorio, exploración física o estado mental. Resultado de los estudios realizados Diagnosticos o problemas clínico Tratamiento y pronóstico Nombre y firma del médico responsable.</p>	<p>Nota de evolución (Urgencias y hospitalaria) Documento que registra los cambios y avances del paciente durante su atención.</p> <p>Estructura</p> <p>Fecha y hora de la evolución Interrogatorio y/o hallazgos desde la última nota Exploración física (en su caso) Resultados de estudios realizados desde la última nota Diagnosticos o problemas clínicos actuales Pronóstico Tratamiento y plan de manejo Nombre y firma del médico responsable.</p>	<p>Nota de ingreso hospitalario Registro del estado del paciente al ser admitido en el hospital.</p> <p>Estructura</p> <p>Fecha y hora de ingreso Identificación del paciente Motivo de ingreso Interrogatorio del paciente actual Antecedentes personales, familiares y sociales Exploración física completa Diagnóstico Pronóstico Plan de manejo y tratamiento inicial Nombre y firma del médico responsable.</p>	<p>Consentimiento informado de ingreso hospitalario Documento de aceptación por parte del paciente de la hospitalización y procedimientos asociados.</p> <p>Estructura</p> <p>Nombre de la institución a la que pertenece Nombre, razón o denominación social Título del documento Lugar y fecha Acto autorizado al ingreso hospitalario Antecedentes relevantes y hallazgos clínicos Resultados de estudios realizadas Tratamiento recibido y respuesta del mismo Motivo específico de la referencia Nombre y firma del médico que realiza la referencia.</p>
<p>Nota de Contrareferencia Informe que regresa al médico inicial después de la atención con otro centro.</p> <p>Estructura</p> <p>Fecha y hora de contrareferencia Ficha de identificación Diagnóstico clínico durante la atención en el servicio Antecedentes relevantes Resultados de estudios realizados y tratamiento aplicado Estado actual del paciente Recomendaciones y plan de manejo al servicio que refirió. Nombre y firma del médico que realiza la contrareferencia.</p>	<p>Consentimiento informado de referencia y contra referencia Aceptación del paciente para ser referido o recibir seguimiento tras referencia.</p> <p>Estructura</p> <p>Nombre de la institución Nombre o denominación social Lugar y fecha Autorización de referencia o contra referencia del paciente Señalamiento de riesgos y beneficios Nombre y firma del paciente o familiar. Nombre y firma del médico</p>	<p>Nota de egreso Documento que registra la situación clínica del paciente al finalizar la hospitalización.</p> <p>Estructura</p> <p>Fecha y hora de egreso Ficha de identificación del paciente Diagnosticos al momento del egreso Resumen de la evolución hospitalaria o urgencias Tratamiento recibido durante la estancia Estado del paciente al egreso Indicaciones médicas de seguimiento y cuidados posteriores Nombre y firma del médico responsable del egreso.</p>	<p>Alta voluntaria Documento que registra la salida del paciente del hospital por decisión propia.</p> <p>Estructura</p> <p>Fecha y hora del alta Ficha de identificación Diagnosticos al momento del alta Motivo de la alta voluntaria Riesgos y posibles complicaciones por abandono del tratamiento Indicaciones médicas para seguimiento y cuidados posteriores Nombre y firma del paciente, o del representante legal. Nombre y firma del médico que proporciona la información.</p>	<p>Nota preoperatoria Evaluación y registro previo a la cirugía para identificar riesgos y planear la intervención.</p> <p>Estructura</p> <p>Fecha y hora de la evaluación Ficha de identificación Antecedentes médicos Interrogatorio específico para anestesia Exploración física enfocada a la anestesia (vía, signos vitales, estado). Resultados de estudios y análisis clínicos Evaluación de los riesgos quirúrgicos Indicaciones preoperatorias Nombre y firma del médico responsable de la evaluación.</p>	<p>Nota pre anestésica Valoración médica antes de la anestesia para determinar la seguridad y el plan anestésico.</p> <p>Estructura</p> <p>Identificación del paciente Antecedentes médicos Interrogatorio específico para anestesia Exploración física enfocada a la anestesia (vía, signos vitales, estado). Resultados de estudios necesarios para anestesia Evaluación de riesgos anestésicos Indicaciones preoperatorias Nombre y firma del médico responsable de la evaluación.</p>
<p>Valoración preoperatoria Documento que registra la evaluación del paciente antes de la cirugía.</p> <p>Estructura</p> <p>Fecha y hora Ficha de identificación del paciente Diagnóstico actual Interrogatorio completo y específico según el tipo de cirugía Exploración física detallada Evaluación de riesgos quirúrgicos y anestésicos Plan quirúrgico y recomendaciones preoperatorias Nombre y firma del médico responsable de la valoración.</p>	<p>Nota de referencia.</p>	<p>Estructura.</p>	<p>Estructura.</p>	<p>Estructura.</p>	<p>Estructura.</p>

NOM-004-SSA3-2012: EXPEDIENTE CLINICO



Notas de defunción y de muerte fetal.
Registro oficial de fallecimiento de persona difunto.

Estructura

Fecha y hora del fallecimiento

Identificación de la persona.

Diagnóstico o causa de muerte

Antecedentes clínicos

Procedimientos realizados

Condiciones en las que ocurrió el fallecimiento

Nombre y firma del médico responsable del certificado de defunción.

Certificado de Defunción
Documento legal que confirma el fallecimiento y causa de muerte.

Estructura

Identificación del fallecido

Fecha y hora del fallecimiento

Lugar de fallecimiento

Causa básica de muerte

Causas inmediatas y contribuyentes del fallecimiento.

Nombre, cédula y firma del médico que certifica el fallecimiento.

Reporte de Causa de muerte
Documento detallado que especifica las razones médicas del fallecimiento.

Estructura

Nombre de la institución

Identificación del fallecido

Lugar de fallecimiento

Causa de la muerte

Antecedentes médicos relevantes

Nombre y firma del médico responsable

Bibliografía

- 1-. Secretaría de Salud. (2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787