



## **Norma 004 para el expediente clínico.**

*Esmeralda Pérez Méndez*

*Quinto B*

*Dr. Erik Jair Domínguez Santiago.*

*Medicina interna .*

*Medicina humana*

*primer parcial.*

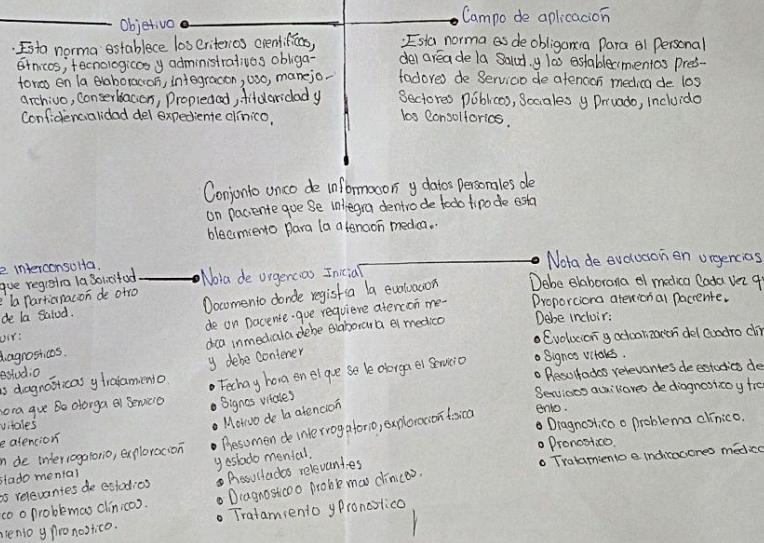
## NORMA OFICIAL MEXICANA 004 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

**Historia clínica:** Documento médico-legal que recopila toda la información relevante sobre la salud de un paciente, debe elaborar el personal médico y otros profesionales del área de la salud.  
Debe Contener:  

- Ficha de identificación
- Interrogatorio
- Exploración física
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y en voz.
- Diagnóstico o problemas clínicos
- Pronóstico
- Indicaciones terapéuticas.

**Nota de evolución:** Documento clínico donde el personal de salud registra sistemáticamente el progreso del paciente a lo largo del tiempo.  
Debe incluir:  

- Evolución y actualización del cuadro clínico
- Signos vitales
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que haya sido solicitados previamente.
- Diagnóstico o problema clínico
- Pronóstico
- Tratamiento e indicaciones médicas en caso de medicamentos: Señalar dosis, vía y periodicidad.



- Notas de ingreso hospitalarias:** Registro médico que documenta la información crucial de un paciente al ser admitido en un hospital.  
Debe Contener:  
  - Signos vitales
  - Asesoramiento del interrogatorio, exploración física y estado mental.
  - Resultados de estudios.
  - Tratamiento y pronóstico.
  - Historia clínica.
- Nota de evolución hospitalaria:**  
• Evaluación y actualización del Cuadro clínico
- Nota de evolución en urgencias:**  
Debe elaborarse el médico cada vez que proporciona atención al paciente.  
Debe incluir:  
  - Evaluación y actualización del Cuadro clínico
  - Signos vitales.
  - Resultados relevantes de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
  - Diagnóstico o problema clínico.
  - Pronóstico.
  - Tratamiento e indicaciones médicas.
- Consentimiento informado:** Documentos escritos firmados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales accede un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores una vez de haber informado sobre los riesgos y beneficios.
- Nombre de la institución a la que pertenece.

<b>Nota Preoperatoria:</b> Documento clínico que resume la valoración del estado de salud de un paciente antes de una cirugía. Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de la Cirugía a realizar</li> <li>• Diagnóstico Preoperatorio</li> <li>• Plan quirúrgico</li> <li>• Riesgo quirúrgico</li> <li>• Cuidados y plan terapéutico Preoperatorio.</li> <li>• Pronóstico</li> </ul>	<b>Nota de alta Voluntaria:</b> Se trata de la salida previa de un paciente (en decisión propia o de su familiar) Responsable suyo. Cuando el médico no lo recomienda, debe contener: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos de identificación del paciente</li> <li>• Datos hospitalarios</li> <li>• Declaración del paciente o familiar</li> <li>• Motivo de la Salida</li> <li>• Consecuencias y riesgos dados por el médico</li> <li>• Firma y datos de los testigos.</li> <li>• Nombre, firma y cédula del médico</li> </ul>	<b>Nota de Contrareferencia:</b> Documento donde emite información al medio o establecimiento que lo refirió, inicialmente que el paciente ha sido visitado. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha y hora</li> <li>• Identificación del paciente.</li> <li>• Datos de la unidad médica que contrarreferiré</li> <li>• Datos de la unidad médica receptor</li> <li>• Diagnóstico actual</li> <li>• Motivo de la referencia.</li> <li>• Justificación al paciente o persona a cargo</li> <li>• Declaración de aceptación.</li> </ul>	<b>Nota de referencia / traslado:</b> Procedimiento médico / administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso del paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de resumen clínico</li> <li>• Establecimiento que envía</li> <li>• Motivo de envío</li> <li>• Información diagnóstica</li> <li>• Declaración de aceptación.</li> </ul>	<b>Notas de interconsulta:</b> Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente a solicitud del médico tratante. Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios diagnósticos</li> <li>• Sugerencias diagnósticas y tratamiento.</li> <li>• Motivo de la Consulta</li> </ul>	<b>Nombre o razón Social del establecimiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Título del documento.</li> <li>• Lugar y fecha.</li> <li>• Acto autorizado.</li> <li>• Detalle de los riesgos y beneficios esperados.</li> <li>• Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto.</li> <li>• Nombre y firma de la persona que otorga la autorización.</li> <li>• Nombre y firma de los testigos.</li> <li>• Nombre y firma de quien realiza el acto.</li> </ul>
<b>Nota de Valoración Preoperatoria:</b> Documento para Valores el Estado de Salud del Paciente antes de la Cirugía: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación</li> <li>• Motivo de Cirugía</li> <li>• Historia clínica resumida</li> <li>• Valoración de riesgo quirúrgico (Céscalos: ASA, Goodlass, Caprim)</li> <li>• Plan quirúrgico detallado</li> <li>• Cuidados y medidas preoperatorias</li> <li>• Pronóstico quirúrgico</li> <li>• Nombre, firma y cédula del médico</li> </ul>	<b>Nota Preanalgésica:</b> Documento y proceso médico que ayuda a garantizar que el paciente se encuentre en condiciones óptimas para la cirugía. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación clínica del paciente.</li> <li>• Plan analgésico de acuerdo con las condiciones del paciente y la intervención quirúrgica.</li> <li>• Valoración del riesgo análgésico y en Su caso -Pronósticos</li> <li>• Indicaciones y recomendaciones del Servicio de Anestesiología,</li> </ul>	<b>Nota Pósoperatoria:</b> Documento médico - legal elaborado inmediatamente después de una intervención quirúrgica. Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operación planeada</li> <li>• Operación realizada</li> <li>• Diagnóstico pósoperatorio</li> <li>• Descripción de la técnica quirúrgica</li> <li>• Hallazgos frente previstos.</li> </ul>	<b>Hoja de registro Transoperatorio:</b> Documento donde se registra cronológicamente los eventos ocurridos durante la cirugía. Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos de paciente y procedimiento</li> <li>• Tipo de cirugía y técnica</li> <li>• Tiempos quirúrgicos (clínico, transoperatorio)</li> <li>• Personal Participante</li> <li>• Materia y equipos utilizados</li> <li>• Complicaciones y medidas correctivas</li> </ul>	<b>Hoja de Cirugía Segura:</b> Lista de Verificación que asegura la seguridad del paciente antes, durante y después de la cirugía. Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del paciente</li> <li>• Confimación de Consentimiento informado</li> <li>• Inspección de equipo, instrumental y anestesia</li> <li>• Contaje de gasas, compresas e instrumentos.</li> <li>• Prevención de riesgos: Colagrias, Sangrado, antibióticos).</li> <li>• Cierre y Verificación Posoperatoria.</li> </ul>	<b>Hoja de enfermería en quirófano:</b> Registro de las actividades y tareas de enfermería durante la cirugía. Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración inicial del paciente.</li> <li>• Preparación del área quirúrgica</li> <li>• Administración de medicamentos y soluciones</li> <li>• Registro de constantes vitales</li> <li>• Control de materiales estéril y no estéril</li> <li>• Observación sobre el estado del paciente.</li> </ul>

**Hoja de registro de anestesia:**

- Documento donde se anotan los datos relacionados con la anestesia administrativa del paciente.
- Debe incluir:
  - Identificación del paciente y procedimiento
  - Valoración preanestésica
  - Tipo de anestesia y medicamentos utilizados (Dosis, vía, hora).
  - Monitoreo de signos vitales.
  - Balance de líquido y pérdidas sanguíneas
  - Compliaciones anestésicas y manejo.

**Nota de defunción:** Documento que registra de manera oficial el fallecimiento de un paciente dentro de la unidad de salud.

- Datos de identificación
- Fecha y hora de fallecimiento
- Resumen clínico que explique la evolución y desenlace.
- Diagnóstico final y causa que llevaron al deceso.
- Nombre y firma del médico traltante
- Cédula.

**Hoja de intervención quirúrgica:**

- Registro detallado del acto quirúrgico realizado por el cirujano.
- Elementos:
  - Datos de identificación
  - Diagnóstico pre y postoperatorio
  - Nombre del procedimiento quirúrgico
  - Descripción de la técnica quirúrgica paso a paso
  - Hallazgo operatorio
  - Comunicaciones y reservas.
  - Estado del paciente al finalizar

**Reporte de causa de muerte:**

- Documento de carácter legal y estadístico expedido por el médico donde se especifica la muerte directa, intermedia y básica de muerte.
- Datos a incluir:
  - Identificación del paciente
  - Fecha, hora y lugar de defunción
  - Causa inmediata de muerte
  - Causas intermedias
  - Causas básicas o fundamentales
  - Datos relevantes
  - Nombre, firma y cédula del médico

**Consentimiento informado en Cirugía:**

- Documento legal firmado por el paciente (o tutor) donde acepta voluntariamente el procedimiento quirúrgico tras recibir información.
- Datos incluir:
  - Nombre del paciente y responsable
  - Diagnóstico y procedimiento propuesto
  - Beneficios, riesgo y posibles complicaciones
  - Alternativa terapéutica
  - Firma del paciente o representante legal
  - Testigos

**Diploma de defunción:**

- Documento oficial que acredita legalmente el fallecimiento de una persona.
- Certificado de muerte fetal:
  - Registro de muertes fetales ocurridas a partir de las 22 sem.

**Analisis Clínico:**

- Procedimiento que examina muestras biológicas (sangre, orina o tejidos).
- Para obtener información sobre el estado de salud.

**Servicio para:**

- Diagnóstico
- Seguimiento
- Prevención
- Investigación

**Registro de transfusiones de Sangre:**

- Documentación de todo el proceso de una transfusión.

**Datos incluir:**

- Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos.
- Fecha y hora de inicio, y finalización de la transfusión.
- Conteo de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después.
- En caso de alegar o reacciones adversas, indicar su tipo y manejo así como los procedimientos.
- Nombre completo y firma del médico que indica la transfusión y del personal encargado.

**Hoja de notificación al ministerio público:**

- Provee las medidas necesarias de protección para la víctima.
- Debe incluir:
  - Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador
  - Fecha de elaboración
  - Identificación del paciente
  - Acto notificado
  - Reporte de lesiones del paciente en sucesos
  - Agencia del ministerio público a quien se lo notifica
  - Nombre, cédula y firma del médico que notifica
  - Fecha y hora de elaboración
  - Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica.

**Consentimiento informado:**

- Nombre de la institución
- Nombre, razón o denominación social del establecimiento
- Título del documento
- Lugar y fecha que se emite
- Año autorizado
- Entrevistamiento de riesgos y beneficios
- Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias
- Nombre y firma del paciente
- Nombre y firma del médico
- Nombre y firma de 2 testigos

**Hoja de enfermería:** Debe elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico.

- Debe Contener:
  - Hábitos estériles
  - Gráfica de signos vitales
  - Monitorización de medicamentos (fecha hora, cantidad y vía).
  - Procedimientos realizados y observaciones.
  - De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Fecha y hora de estudio
- Identificación de Sociedad
- Estudio Encuadrado
- Problema clínico en el estudio
- Resultado del estudio
- Incidentes y accidentes
- Identificación del personal que realizó el estudio
- Nombre y firma del personal que informa.