



Mi Universidad

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 elaborarla 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 otros.
 - Diagnóstico o problemas clínicos
 - Pronóstico
 - Indicación terapéutica.

Objetivo

Esta norma establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, autenticidad y confidencialidad del expediente clínico.

Campo de aplicación

Esta norma es de obligatoria para el personal del área de la Salud y los establecimientos prestadores de Servicio de atención médica de los Sectores Públicos, Sociales y Privado, incluido los Consultorios.

Conjunto único de información y datos personales de un paciente que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica.

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.

Nota de interconsulta.

Documento que registra la consulta que permite la participación de otro profesional de la Salud.

- Debe incluir:
- Criterios diagnósticos.
 - Plan de estudio
 - Recomendaciones diagnósticas y tratamiento.
 - Fecha y hora que se otorga el Servicio
 - Signos vitales
 - Motivo de atención
 - Resumen de interrogatorio, exploración física y estado mental
 - Resultados relevantes de estudios
 - Diagnóstico o problemas clínicos.
 - Tratamiento y pronóstico.

Nota de urgencia Inicial

Documento donde registra la evolución de un paciente que requiere atención médica inmediata debe elaborarla el médico y debe contener:

- Fecha y hora en el que se le otorga el Servicio
- Signos vitales
- Motivo de la atención
- Resumen de interrogatorio, exploración física y estado mental.
- Resultados relevantes
- Diagnóstico o problemas clínicos.
- Tratamiento y Pronóstico

Nota de evolución en urgencias

Debe elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente.

- Debe incluir:
- Evolución 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.

Notas de ingreso hospitalarias: Registro médico que documenta la información crucial de un paciente al ser admitido en un hospital.

- Debe contener:
- Signos vitales
 - Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental
 - Resultados de estudios.
 - Tratamiento y pronóstico
 - Historia clínica.

Nota de evolución hospitalaria.

- Evolución y actualización del Cuadro clínico
- Signos vitales.
- Resultados relevantes de estudio
- Diagnóstico o problema clínico.
- Pronóstico
- Tratamiento e indicaciones.

Consentimiento informado: Documentos escritos firmados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios una vez se haya informado sobre los riesgos y beneficios.

- Nombre de la institución a la que pertenece.

<p>Nota Preoperatoria: Documento clínico que resume la valoración del estado de salud de un paciente antes de una cirugía.</p> <p>Debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la cirugía a realizar • Diagnóstico preoperatorio • Plan quirúrgico • Riesgo quirúrgico • Cuidados y plan terapéutico postoperatorio • Pronóstico 	<p>Nota de alta Voluntaria: Se trata de la salida propia de un paciente por decisión propia o de su familiar responsable, aun cuando el médico no lo recomienda.</p> <p>Debe contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos de identificación del paciente • Datos hospitalarios • Declaración del paciente o familiar • Motivo de la salida • Consecuencias y riesgos dados por el médico • Firma y datos de los testigos • Nombre, firma y rúbrica del médico 	<p>Nota de Contrareferencia: Documento donde emite información al médico o establecimiento que lo recibió inicialmente que el paciente ha sido trasladado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha y hora • Identificación del paciente • Datos de la unidad médica que contrarefiere • Datos de la unidad médica receptora • Diagnóstico actual • Motivo de la referancia • Justificación al paciente o persona a cargo • Dedicación de aceptación 	<p>Nota de referencia/traslado: Procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso del paciente.</p> <p>Debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de resumen clínico • Establecimiento que envía • Establecimiento receptor • Motivo de envío • Impresión diagnóstica • Terapéutica empleada 	<p>Notas de Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la Salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.</p> <p>Debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios diagnósticos • Sugerencias diagnósticas y tratamiento • Motivo de la consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre o razón social del establecimiento • Título del documento • Lugar y fecha • Acto autorizado • Establecimiento de los riesgos y beneficios esperados • Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto • Nombre y firma de la persona que otorga la autorización • Nombre y firma de los testigos • Nombre y firma de quien realiza el acto
<p>Nota de Valoración Preoperatoria: Documento para valorar el estado de salud del paciente antes de la cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación • Motivo de Cirugía • Historia Clínica resumida • Valoración de riesgo quirúrgico (Escala de ASA, Goodman, Cairns) • Plan quirúrgico detallado • Cuidados y medidas preoperatorias • Pronóstico quirúrgico • Nombre, firma y rúbrica del médico 	<p>Nota Preanalgésica: Documento y proceso médico que ayuda a garantizar que el paciente se encuentre en condiciones óptimas para la cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación clínica del paciente • Plan analgésico, de acuerdo con las condiciones del paciente y la intervención quirúrgica • Valoración del riesgo analgésico y en So. co. -pr. náuticos • Indicaciones y recomendaciones del derivado anestesiología 	<p>Nota Postoperatoria: Documento médico-legal elaborado inmediatamente después de una intervención quirúrgica.</p> <p>Debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operación planeada • Operación realizada • Diagnóstico postoperatorio • Descripción de la técnica quirúrgica • Hallazgos encontrados <p>Nota Post-Analgésica: Documento médico donde se registra de forma sistemática las condiciones del paciente después de un procedimiento anestésico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos utilizados • Duración de la anestesia • Efectos y accidentes a la anestesia • Manejo de Sangre o Solución aplicada 	<p>Hoja de registro transoperatorio: Documento donde se registra cronológicamente los eventos ocurridos durante la cirugía.</p> <p>Debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos de paciente y procedimiento • Tipo de cirugía y técnica • Tiempos quirúrgicos (Inicio, finalización) • Personal participante • Materia y equipos utilizados • Complicaciones y medidas correctivas 	<p>Hoja de Cirugía Segura: Lista de verificación que asegura la seguridad del paciente antes, durante y después de la cirugía.</p> <p>Debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente • Confirmación de consentimiento informado • Revisión de equipo instrumental y anestesia • Contaje de gases, Compuerta e instrumental • Prevención de riesgos (alergias, Sangrado, anti-hiclos) • Cierre y Verificación Postoperatoria 	<p>Hoja de enfermería en quirófano: Registro de las actividades y cuidados de enfermería durante la cirugía.</p> <p>Debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración inicial del paciente • Preparación del área quirúrgica • Administración de medicamentos y soluciones • Registro de constantes vitales • Control de materiales estéril y no estéril • Observación sobre el estado del paciente

Hoja de registro de anestesia

Documento donde se anota 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
- Complicaciones anestésicas y manejo

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
- Complicaciones y resoluciones
- Estado del paciente al finalizar

Consentimiento informado en cirugía

Documento legal firmado por el paciente (o tutor) donde acepta voluntariamente el procedimiento quirúrgico tras recibir información.

Debe incluir:

- Nombre del paciente y responsable
- Diagnóstico y procedimiento propuesto
- Beneficios, riesgo y posibles complicaciones
- Alternativa terapéutica
- Nombre y firma del médico
- Firma del paciente o representante legal
- Testigos

Certificado 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 semanas.

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
- Causa intermedia
- Causas básicas o fundamentales
- Datos relevantes
- Nombre, firma y Cédula del médico

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 tratante
- Cédula

Análisis Clínico

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

Sirve para:

- Diagnóstico
- Seguimiento
- Prevención
- Investigación

Registro de transfusiones de sangre

Documentación de todo el proceso de una transfusión.

Debe 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
- Control de signos vitales y estado general del paciente antes, durante y después
- En caso de alergias o reacciones adversas, indicar su tipo y manejo así como los procedimientos
- Nombre completo y firma del médico que indica la transfusión y el 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 caso de Agresión 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
- Acto autorizado
- Servicio 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 ordenes del médico

Debe contener:

- Habitus exterior
- Enfática 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 Solicitud
- Estado Solicitud
- 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