



Universidad del sureste
Campus Comitán
Lic. Medicina Humana



**Mapa conceptual de la norma oficial mexicana del expediente clínico
NOM-004-SSA3-2012**

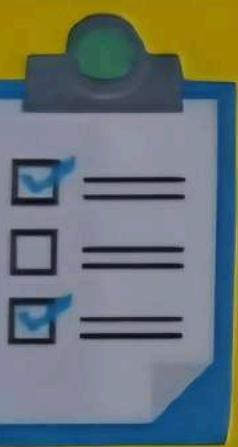
**Dayra Azucena Márquez Cruz
Medicina Interna
Dr. Erick Jair Domínguez Santiago**

Comitán de Domínguez , Chiapas a 07 de Septiembre del 2025.

NORMA OFICIAL MEXICANA
DEL EXPEDIENTE CLINICO
NOM-004-SSA3-2012

¿Qué es?

Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica ya sea pública, social o privada.



¿Quienes deben cumplir la norma?

El médico y los profesionales que intervengan en la atención del paciente, están obligados a cumplir las disposiciones de esta norma.

Objetivo

Tiene como objetivo establecer los criterios necesarios para su uso, manejo y criterios administrativos del expediente clínico.

Puede ser:

Consta de documentos:

- Escritos
- Gráficos
- Imagenológicos
- Electrónicos
- De cualquier otra índole.



Importancia

Es un documento médico-legal que no puede ser extraído de la institución solo si una autoridad mayor lo solicite.

Datos personales y de identificación del paciente.

Usar lenguaje técnico-médico sin abreviaturas ni tachaduras.



Todas las notas médicas deberán contener:

- Historia clínica
- Nota de ingreso hospitalario
- Nota de urgencias
- Nota de evolución
- Nota de referencia y traslado
- Nota de interconsulta
- Nota preoperatoria
- Nota pre anestésica
- Nota post operatoria
- Nota post anestésica
- Nota de egreso

- Hoja de enfermería
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Registro de transfusión de sangre o hemoderivados
- Trabajo social
- Carta de consentimiento informado
- Hoja de egreso voluntario
- Hoja de defunción y muerte fetal
- Análisis clínico

Conservación

El expediente deberá ser conservado por un periodo mínimo de **5 años**, contando a partir de la fecha del último acto médico.



USO

- Médico
- Jurídico
- De enseñanza
- Investigación
- Evaluación
- Administrativo y estadístico.

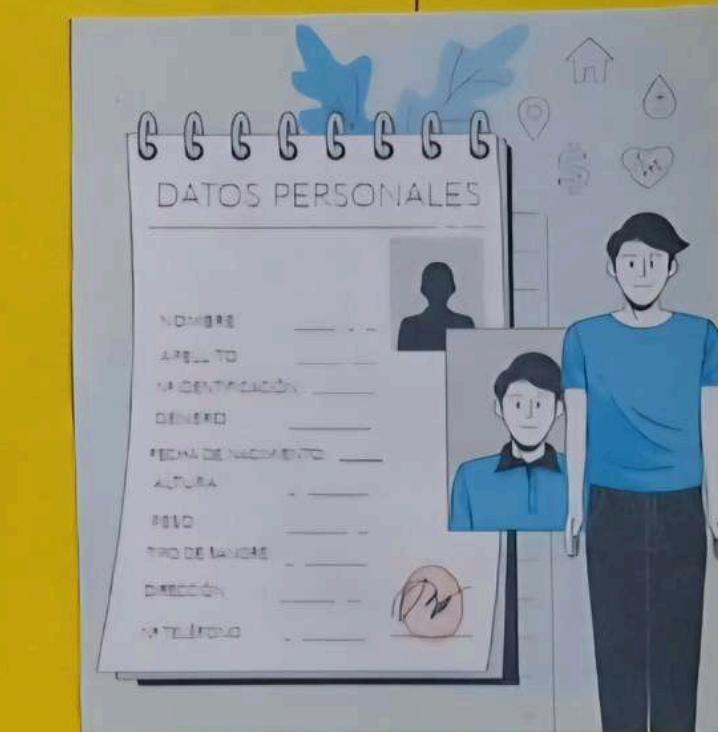
Datos que debe incluir

Paciente:

- Nombre completo del paciente
- Edad
- Sexo
- Número de cama o expediente

Profesional de la salud

- Fecha
- Hora
- Nombre completo de quien lo elabora
- Firma autógrafa



Histórica clínica

Documento fundamental que registra toda la info. relevante sobre la salud de un paciente.

Puede ser físico o electrónico.

Contiene:

- Fecha y hora de la anamnesis
- Datos de identificación (nombre, edad, sexo, religión, estado civil, num. de teléfono, grupo sanguíneo y Rh)
- Motivo de consulta
- Padecimiento actual
- Antecedentes hereditarios fam.
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes gineco-obstétricos
- Antecedentes androgénicos
- Interrogatorio por aparatos y sistemas
- Exploración física
- Estudios de laboratorio y de gabinete
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Plan terapéutico
- Quien elaboró la histórica clínica (nombre completo)
- Firma
- Cédula profesional.

Consentimiento informado de ingreso

Se refiere al proceso legal donde un paciente comprende y acepta voluntariamente una hospitalización.

Contiene:

- Nombre de la institución
- Nombre o razón social del establecimiento médico
- Título del documento
- Lugar y fecha
- Acto autorizado
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados
- Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado.
- Nombre y firma de la persona que otorga la autorización
- Nombre y firma de los testigos
- Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado.
- Se elaboran tantos consentimientos como cuentos médicos lo ameritan.

Nota de ingreso

Documento que se elabora cuando el paciente es admitido al hospital. Contiene:

- Datos del paciente
- Motivo de ingreso
- Padecimiento actual
- Antecedentes personales y familiares
- Exploración física
- Diagnóstico
- Plan diagnóstico y terapéutico
- Pronóstico
- Nombre, firma y cédula

Nota inicial

Es la primera valoración médica que se hace al paciente.

Contiene:

- Datos de identificación del paciente
- Motivo de consulta
- Interrogatorio por aparatos y sistemas
- Exploración física
- Diagnóstico
- Plan de manejo inicial
- Nombre, firma y cédula.

Nota de evolución

Registro médico que documenta los cambios en el estado de salud de un paciente.

Contiene:

- Evolución y actualización del cuadro clínico
- Signos vitales según se considere necesario
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de dx y tx
- Tratamiento y pronóstico.
- Diagnóstico o problemas clínicos
- Pronóstico
- Tratamiento

Paciente → Datos del paciente

Subjetivo → Info proporcionada

Objetivo → Registro de hallazgos clínicos

Analisis → Realizar evaluación y dx.

Plan → Manejo del paciente

Nota de ingreso hospitalario

Documento médico que registra formalmente la admisión de un paciente a un hospital.

Contiene:

- Signos vitales
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental
- Resultado de estudios de los servicios auxiliares de dx y tx
- Tratamiento y pronóstico.

Carta de consentimiento informado

Es un documento escrito que registra el acuerdo de un paciente para someterse a un procedimiento médico.

Contiene:

- Nombre de la institución perteneciente
- Nombre o razón social del establecimiento
- Título del documento
- Lugar y fecha
- Acto autorizado
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados.
- Autorización al personal de salud para la atención de contingencias derivadas del acto autorizado
- Nombre y firma de la persona que otorga la autorización
- Nombre y firma de los testigos
- Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado
- Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameriten.

Interconsulta

Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.

Contiene:

- Criterio diagnóstico
- Sugerencias diagnósticas y de tratamiento
- Motivo de consulta

Nota de referencia

Permite que los profesionales de la salud tengan acceso a información clave sobre el estado del paciente.

Contiene:

- Datos del paciente
- Motivo de la referencia
- Resumen clínico
- Tratamiento realizado
- Estudios realizados
- Datos del médico remitente
- Sirve para enviar un paciente a otro nivel de atención.

Nota de contra referencia

En este proceso el paciente es devuelto a la unidad operativa que lo refirió inicialmente para continuar su control.

Contiene:

- Datos del paciente
- Datos del médico o centro que remitió al paciente
- Motivo de referencia inicial
- Diagnóstico
- Tratamiento realizado
- Evolución clínica del paciente
- Recomendación
- Firma del médico que emite la contra referencia.



Consentimiento informado de referencia

Autorización del paciente o persona a cargo para ser enviado a una unidad médica de mayor complejidad
Contiene:

- Datos del paciente
- Datos de la unidad médica que refiere
- Datos de la unidad médica receptora.
- Motivo de referencia
- Explicación al paciente o familiar
- Declaración de voluntad.

Consentimiento informado de contrarreferencia

Autorización del paciente o personal a cargo para regresar a su unidad de origen a continuar el seguimiento
Contiene:

- Datos de identificación del paciente
- Datos de la unidad médica que contrarrefiere
- Datos de la unidad médica receptora
- Diagnóstico actual
- Motivo de la contrarreferencia
- Explicación al paciente o persona a cargo
- Declaración de aceptación

Nota de egreso

Resume la atención brindada a un paciente durante su hospitalización

Contiene:

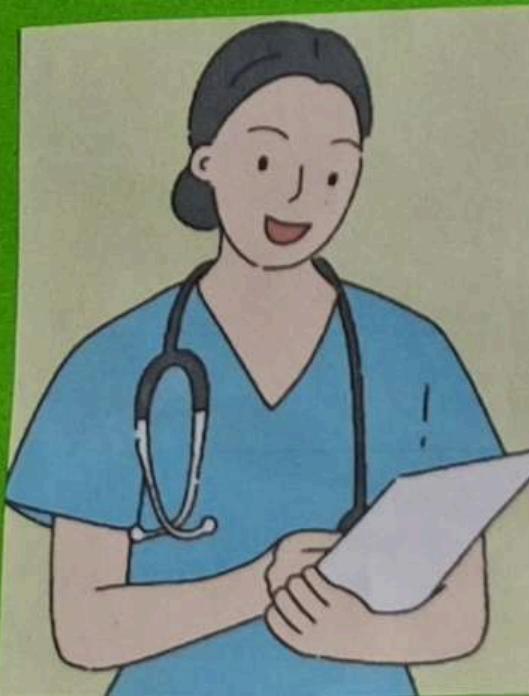
- Nombre de paciente
- Edad y sexo
- Fecha y hora de elaboración
- Signos vitales
- Fecha y hora del ingreso/egreso hospitalario
- Días de estancia en la unidad
- Se identifica si reingreso por la misma afección en el año
- Diagnóstico de ingreso (principal y secundario.)
- Resumen de la evolución y el estado actual.
- Manejo durante la estancia hospitalaria
- Diagnóstico final
- Fecha y hora de procedimientos realizados
- Motivo de egreso
- Problemas clínicos persistentes
- Plan de manejo y tratamiento
- Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria
- Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.

Alta voluntaria

Es la salida de un paciente por decisión propia o de un familiar responsable aun cuando el médico no lo recomienda.

Contiene:

- Datos de identificación del paciente
- Datos hospitalarios
- Declaración del paciente o familiar.
- Motivo de la solicitud
- Consecuencias y riesgos dados por el médico
- Firma y datos de los testigos
- Firma y cédula del médico tratante.



Nota pre-operatoria

Documento que resume la valoración del estado de salud del paciente antes de una cirugía.

Contiene:

- Fecha de la cirugía a realizar
- Diagnóstico preoperatorio
- Plan quirúrgico
- Riesgo quirúrgico
- Cuidados y plan terapéutico

Nota pre-anestésica

Documento elaborado por el anestesiólogo que resume la evaluación clínica de un paciente antes de un procedimiento quirúrgico.

Contiene:

- Evaluación clínica del paciente
- Tipo de anestesia
- Riesgo anestésico

Valoración preoperatoria

Todos los pacientes sometidos a cirugía deben ser evaluados.

Contiene:

- Identificación
- Motivo de la cirugía
- Historia clínica remota
- Interrogatorio por apertos y sistemas
- Exploración física completa
- Estudios de laboratorio y gabinete
- Riesgo quirúrgico
- Plan quirúrgico detallado
- Cuidados y medidas preoperatorias
- Pronóstico quirúrgico
- Nombre, firma y cédula del médico tratante

Hojas de registro del transoperatorio

Permite llevar un control organizado y sistemático del paciente después de una cirugía.

Contiene:

- Datos de identificación
- Datos de intervención
- Signos vitales
- Estado general del paciente
- Control de líquidos
- Revisión de heridas y drenaje
- Tratamiento y medicamento administrado
- Observaciones
- Firma del médico y enfermera

Hoja de cirugía segura

Documento que forma parte del protocolo 10 de seguridad del paciente. Su objetivo es prevenir errores durante el proceso quirúrgico.

Contiene:

3 momentos

- Antes de la inducción de la anestesia
- Antes de la incisión quirúrgica
- Antes de que el paciente salga de quirófano.

Hoja de enfermería en quirófano

Es un documento clínico que registra todas las actividades y cuidados de enfermería durante una intervención quirúrgica.

Contiene:

- Datos de identificación
- Equipo quirúrgico
- Hoja de eventos clave
- TIPO de anestesia
- Verificaciones de seguridad
- Material y equipo utilizado
- Conteo de material quirúrgico
- Cuidados de enfermería
- Observaciones generales
- Firmas.

Hoja de intervención quirúrgica post operatoria

Documento clínico que registra los datos clave de la cirugía después de que esta ha finalizado.

Contiene:

- Datos del paciente
- Datos del procedimiento q.
- Descripción de intervención
- Material quirúrgico utilizado
- Recuento de instrumental y gasas.
- Estado del paciente al finalizar la cirugía
- Indicaciones postoperatorias
- Observaciones adicionales
- Firma del cirujano responsable

Registro de anestesia

Documento clínico utilizado por el anestesiólogo para registrar de forma detallada todo lo relacionado con el acto anestésico durante la cirugía.

Contiene:

- Datos del paciente
- Valoración preanestésica
- TIPO de anestesia administrada
- Monitoreo y control intravascular.
- Vía aérea y oxigenación.

Hoja de intervención quirúrgica post anestésica

Documento clínico que registra la evolución del paciente después de una cirugía bajo anestesia.

Contiene:

- Datos de identificación
- Tipo de anestesia administrada
- Convención del paciente al ingreso o recuperación.
- Signos vitales
- Vía aérea y respiración
- Control de líquidos y drenajes
- Tratamiento postoperatorio
- Valoración del estado general para alta de recuperación



- Líquido y perdidas
- Complicaciones o eventos adversos
- Recuperación postanestésica
- Firma del anestesiólogo y del personal de enfermería.

Consentimiento informado de cirugía

Proceso en el cual un paciente, después de recibir información completa y comprensible sobre una intervención quirúrgica acepta o rechaza.

- Datos del paciente
- Información sobre el procedimiento
- Riesgos y complicaciones
- Beneficios esperados
- Alternativas posibles
- Información sobre la anestesia
- Autorización para realizar procedimientos adicionales si es necesario.
- Derecho a retirar el consentimiento
- Confirmación que se han respondido todas las preguntas.
- Firma.

Análisis clínico

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

Contiene:

- Estudios de laboratorio básicos
- Exámenes adicionales según el caso
- Clasificación del riesgo anestésico (ASA).

Hoja de notificación al ministerio público

Propone las medidas necesarias de protección para la víctima. Iniciar la investigación del delito y ordenar las acciones necesarias para saber quién es responsable del delito.

Contiene:

- Datos del paciente
- Descripción de las lesiones o hechos.
- Fecha, hora y lugar de atención
- Nombre y firma del profesional que notifica.

Servicios auxiliares

Son medidas de apoyo o diagnóstico que complementan y respaldan a un médico.

Contiene:

- Fecha y hora del estudio
- Estudios solicitados
- Problema clínico en estudio
- Específico incidentes o accidentes
- Descripción de resultados e interpretación por el médico tratante
- Nombre completo y firma del médico.

Hoja de enfermería

Documento legal que registra las observaciones, los cuidados, procedimientos, medicamentos, administrados al paciente durante las 24 hrs.

Contiene:

- Identificación del paciente
- Hábitos exterior
- Gráfica de signos vitales
- Ministración de medicamentos
- Procedimientos realizados
- Valoración del dolor
- Nivel de riesgo de caídas
- Observaciones
- Nombre completo y firma de quien elabora.



Consentimiento informado de estudios

Proceso ético y legal mediante el cual una persona autoriza de manera voluntaria la realización de un procedimiento médico, después de haber recibido información clara.

Contiene:

- Datos de identificación
- Título del documento
- Descripción del procedimiento
- Beneficios esperados
- Riesgos
- Confidencialidad de la info
- Alternativas
- Cláusula de voluntariedad
- Datos y firma.

Transfusión de unidades de sangre

Es un documento en el cual se proporciona al paciente información clara, completa sobre la transfusión de sangre, incluyendo riesgos, beneficios y alternativas.

Contiene:

- Datos de identificación
- Título
- Descripción del procedimiento
- Beneficios esperados
- Riesgos y complicaciones
- Alternativas
- Derechos del paciente
- Confidencialidad
- Cláusula de voluntariedad
- Datos y firmas.

Consentimiento informado de transfusión

Documento legal y ético que el cual permite el paciente autorizar de manera voluntaria la administración de hemoderivados (sangre o componentes sanguíneos)

Contiene:

- Datos del paciente
- Información del procedimiento
- Indicación médica
- Beneficios esperados
- Riesgos y complicaciones
- Alternativas a la transfusión
- Derecho a rechazar la transfusión
- Firmas.



Notas de defunción

También conocido como certificado de defunción es un documento oficial que acredita legalmente el fallecimiento de una persona incluyendo los detalles relevantes.

Contiene:

- Nombre completo
- Fecha de nacimiento
- Nacionalidad
- Estado civil
- Profesión u ocupación
- Domicilio
- Fecha y hora de la muerte
- Lugar de nacimiento
- Causa de la muerte
- Medio y circunstancia en que falleció
- Nombre del médico que certifica la muerte
- Firma y número de cédula profesional.
- Número de acta o folio
- Lugar y fecha de expedición del documento
- Firma del funcionario del registro civil
- Sello oficial de la institución emisora.

Certificado de muerte fetal.

Es un documento oficial para registrar las muertes fetales ocurridas a partir de las 22 SGG

Contiene:

- Sexo del producto (M o F)
- Edad gestacional en Sem
- Peso del producto en gr
- Número de productos
- Tipo de embarazo
- Momento de la muerte fetal
- Fecha y hora de la expulsión o extracción
- Tipo de parto o aborto
- Procedimiento para la expulsión o extracción
- Causa básica de la muerte fetal
- Causas intermedias contribuyente
- Otras enfermedades

Reporte de causa de muerte

Documento oficial emitido por un profesional de la Salud que certifica el fallecimiento de una persona e informa sobre las causas médicas que llevaron a ese fallecimiento

Contiene:

- Datos del fallecido
- Datos del médico que certifica
- Causa de muerte
- Otras condiciones contribuyentes
- Mecanismo de muerte
- Clasificación legal de muerte



Bibliografía

Norma oficial mexicana. NOM-004-SSA3-2012
Del expediente clínico. Diario Oficial de
la Federación. 2012.

Ramírez, V. (2021). Norma oficial Mexicana
NOM-004-SSA3-2012. Del expediente
clínico. Manual de enseñanza del CMN
20 de noviembre.