



Mapa conceptual NOM-004

Daniel Esteban Hernández Méndez

Parcial I

Medicina interna

Dr Erick Jair Domínguez

Licenciatura en Medicina Humana

Quinto semestre, grupo B

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre de 2025

NOM - 004 - SS A3 - 2012 del expediente clínico.

OBJETIVO

Establecer criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titulación y confidencialidad.

¿de qué?

EXPEDIENTE CLÍNICO

Deberá contener los siguientes datos

Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.

En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.

Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente

Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

DEBERÁ CONTAR CON.

CONSIDERACIONES

Herramienta de uso obligatorio para el personal de salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud.

Conjunto único de información y datos personales de un paciente, puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagerológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías.

Hace constar el proceso de atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.



DEBERÁ CONTAR CON

HISTORIA CLÍNICA

Documento médico-legal que recoge la información necesaria sobre la atención, evolución y antecedentes del paciente para garantizar su correcta atención.

Contenido.

- **Interrogatorio** — Ficha de identificación, grupo étnico, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas.
- **Exploración física** — Hábitos exteriores, signos vitales, peso y talla, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.
- **Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.**
- **Diagnósticos o problemas clínicos.**
- **Pronóstico**
- **Indicación terapéutica**

CARTA DE CONSENTIMIENTO

INFORMADO DE INGRESO HOSPITALARIO

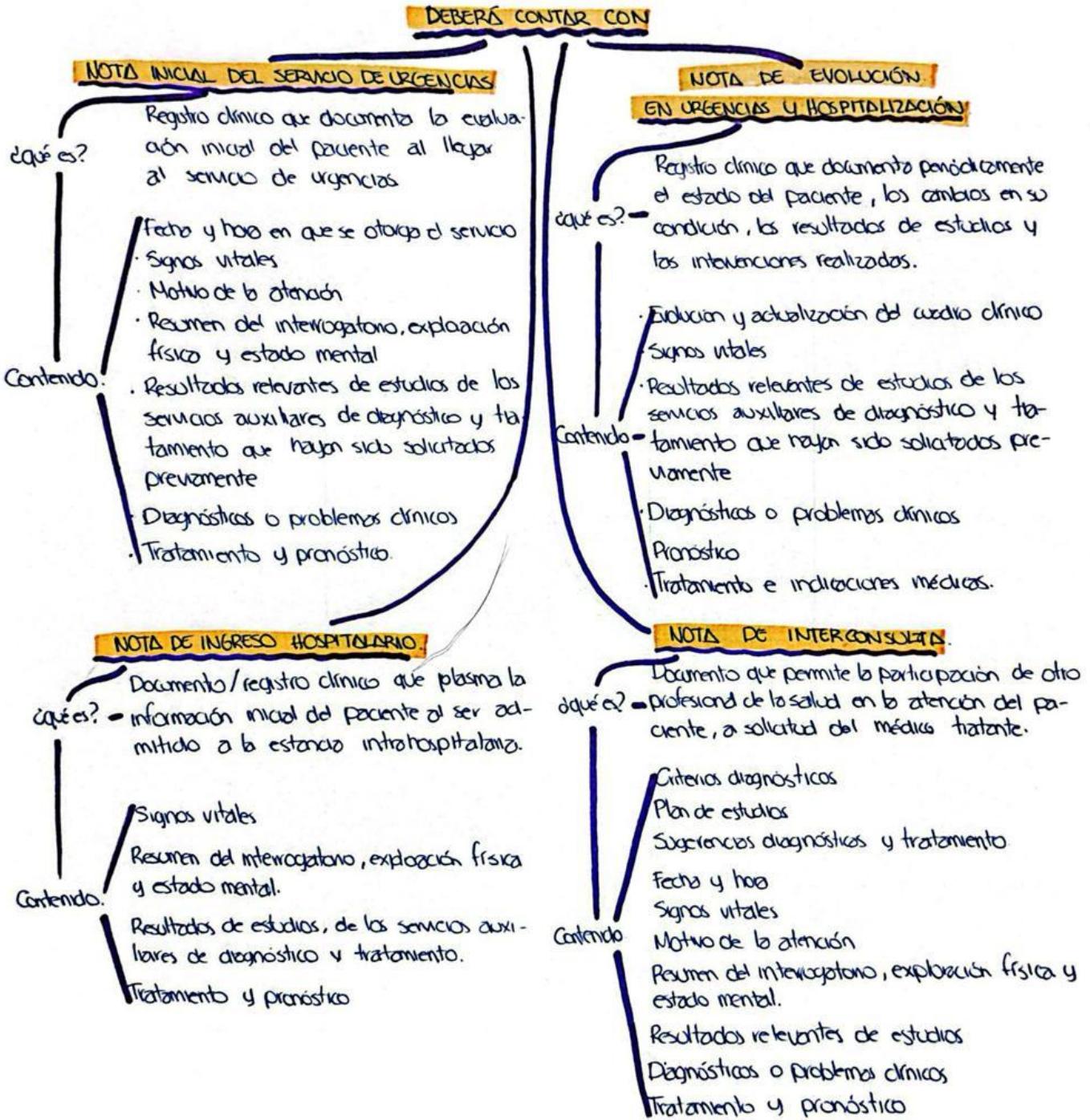
¿Qué es?

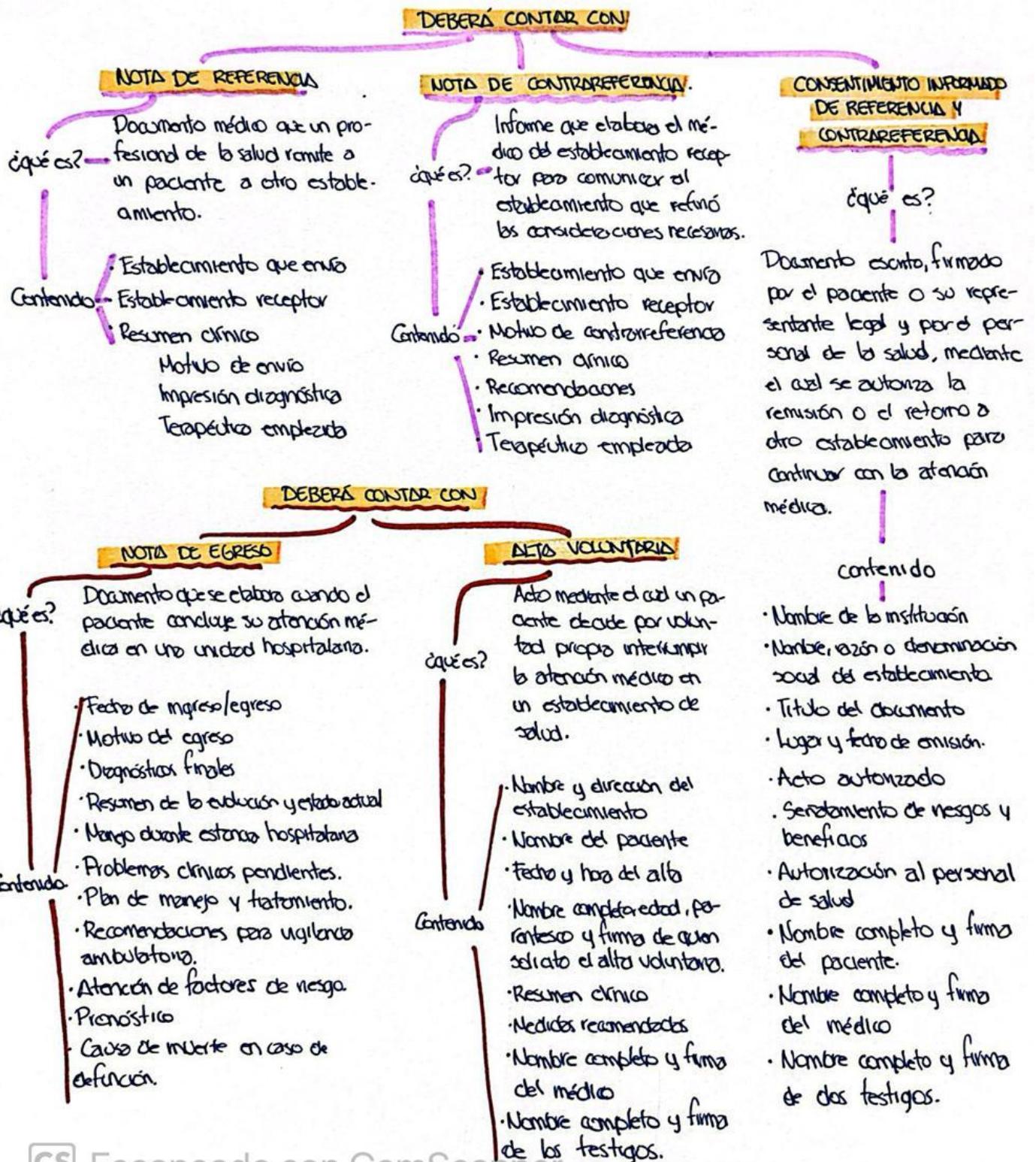
Documento escrito donde el paciente o su representante legal acepta, con conocimiento de los riesgos y beneficios, el procedimiento o tratamiento hospitalario propuesto.

Contenido.

- Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento.
- Nombre, razón o denominación social del establecimiento.
- Título del documento
- Lugar y fecha en que se emite
- Acto autorizado
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.
- Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado
- Nombre completo y firma del paciente o del representante legal.
- Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento, o en su caso, datos del médico tratante.
- Nombre completo y firma de dos testigos.









DEBERÁ CONTAR CON.

HOJA DE REGISTROS DEL TRASOPERATORIO

¿qué es?

Documento en el que se asientan todos los datos relevantes ocurridos durante el acto quirúrgico.

Contenido

- Diagnóstico preoperatorio y postoperatorio
- Nombre del procedimiento quirúrgico
- Integrantes del equipo quirúrgico
- Descripción cronológica de los eventos
- Registro de líquidos y sangrado
- Control de conteo de instrumental
- Estado del paciente al término del procedimiento
- Firma y cédulo del cirujano y anestesiólogo.

¿qué es?

HOJA DE CIRUGÍA SEGURA

Instrumento de verificación que se usa antes, durante y después de la intervención quirúrgica, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente, reducir riesgos y prevenir errores.

Contenido

a. Entrada

- Identificación del paciente
- Sitio quirúrgico y procedimientos confirmados
- Consentimiento informado firmado
- Revisión de alergias
- Verificación del equipo de anestesia

b. Pausa quirúrgica

- Presentación del equipo quirúrgico
- Confirmación del paciente, sitio y procedimiento.
- Profilaxis antibiótica, si se aplica.
- Disponibilidad de estudios de imagen

c. Salida

- Procedimiento realizado confirmado
- Conteo de gatos, agujas e instrumental quirúrgico
- Muestras biológicas identificadas
- Equipos e inadecuados registrados
- Plan de recuperación y cuidados postoperatorios definidos.

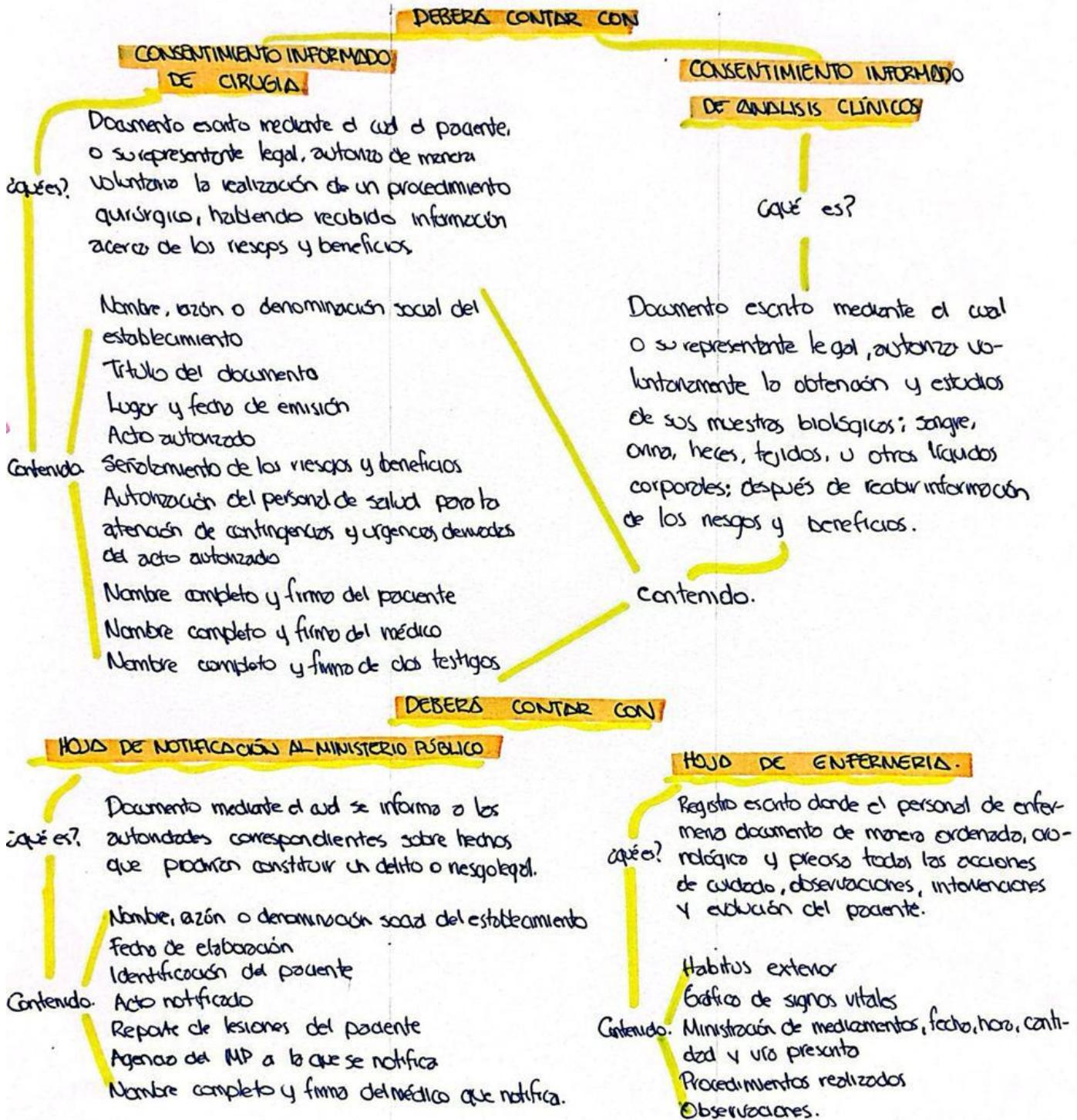
¿qué es?

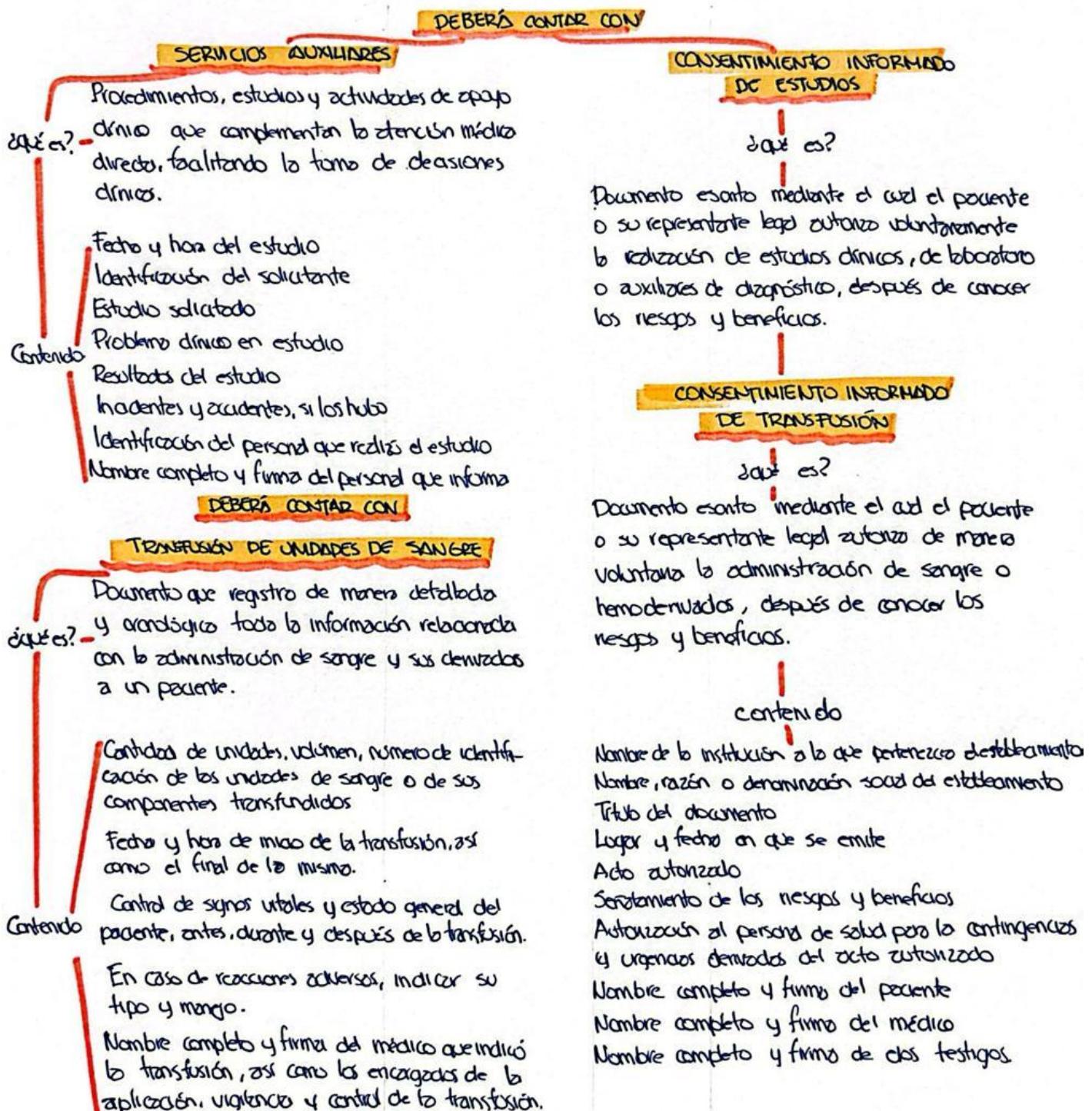
Contenido

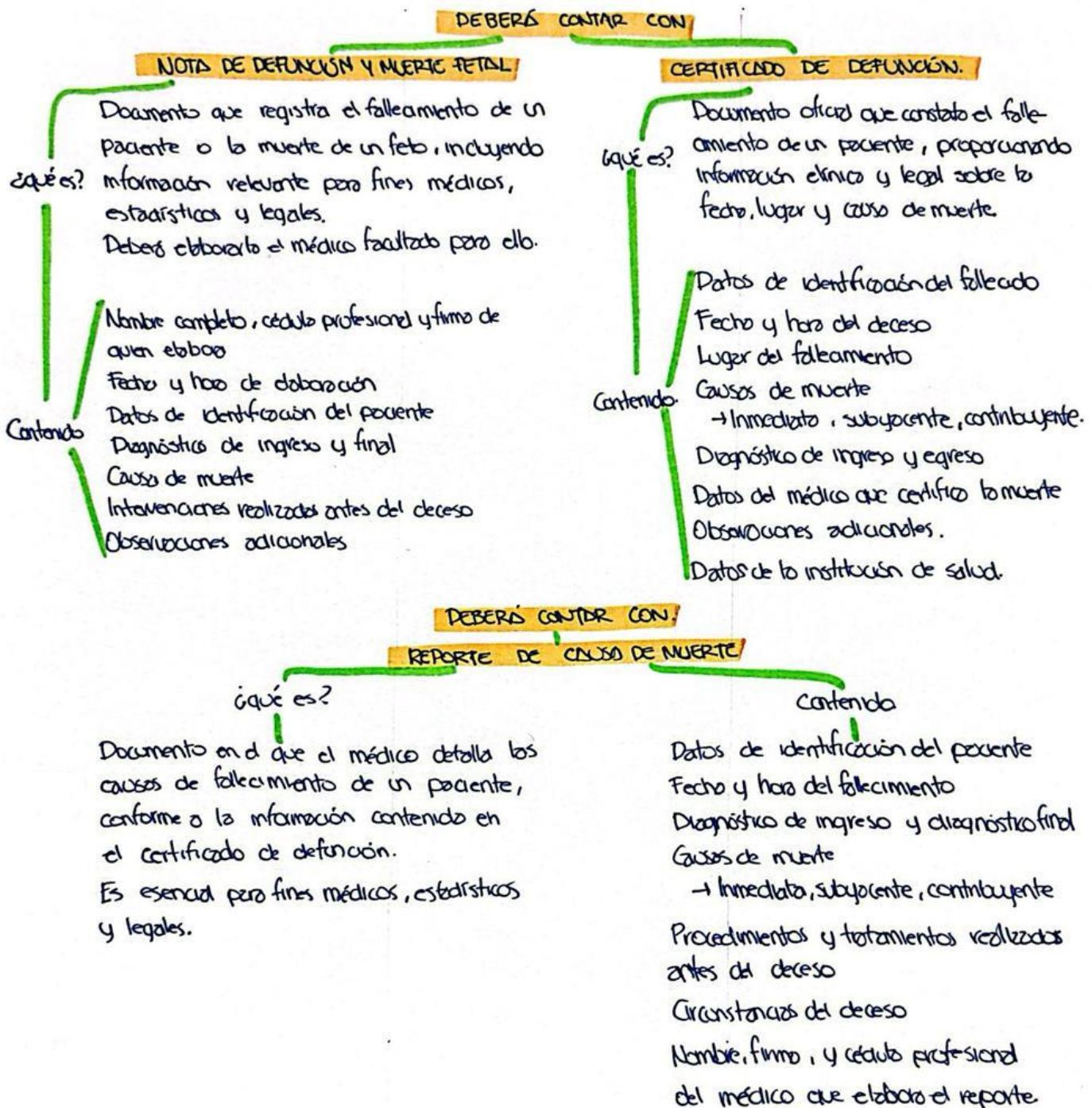
- Registro cronológico, claro y completo de todas las actividades, cuidados, observaciones y controles realizados al paciente durante su estancia en quirófano.
- Diagnóstico y procedimiento quirúrgico programado
- Hora de ingreso - egreso del quirófano
- Preparación del paciente en quirófano
- Materiales y equipo empleado
- Registro de soluciones, sangre y fármacos administrados
- Eventos relevantes durante la cirugía
- Estado del paciente al término del procedimiento
- Nombre y firma del personal de enfermería responsable



	DEBERÁ CONTAR CON	
	HOJA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	
qué es?	Documento en el que el cirujano responsable registra de manera detallada y cronológica el procedimiento quirúrgico realizado.	
Contenido	<p>Diagnóstico preoperatorio y postoperatorio</p> <p>Nombre del procedimiento quirúrgico realizado</p> <p>Nombre del cirujano responsable y ayudantes</p> <p>Descripción detallada de la técnica quirúrgica</p> <p>Hallazgos transoperatorios</p> <p>Procedimientos adicionales realizados</p> <p>Complicaciones presentadas</p> <p>Pérdidas hemáticas y líquidos administrados</p> <p>Estado del paciente al término de la cirugía.</p> <p>Nombre, firma y crédito del cirujano responsable</p>	<p>Documento que se elabora al término inmediato de una cirugía, deberá elaborarlo el cirujano que intervino al paciente, constituye un resumen de lo operación practicada.</p> <p>Diagnóstico preoperatorio</p> <p>Operación planeada</p> <p>Operación realizada</p> <p>Diagnóstico postoperatorio</p> <p>Descripción de la técnica quirúrgica</p> <p>Hallazgos transoperatorios</p> <p>Reporte del conteo de gasos, compresos y de instrumental quirúrgico</p> <p>Incidentes y accidentes</p> <p>Cantificación de sangrado, y en su caso, de transfusiones</p>
	DEBERÁ CONTAR CON	
	NOTA POST-ANESTÉSICA	
qué es?	Documento elaborado por el médico que administró la anestesia.	
Contenido	<p>Técnico anestésico utilizado</p> <p>Fármacos y medicamentos utilizados</p> <p>Duración de la anestesia</p> <p>Contingencias, accidentes e incidentes atribuibles a la anestesia</p> <p>Balance hídrico</p> <p>Estado drático del paciente al egreso del quirófano</p> <p>Plan de manejo y tratamiento inmediato, incluyendo protocolo de analgesia y control de signos y síntomas asociados a la anestesia.</p>	<p>Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios</p> <p>Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante</p> <p>Estado postquirúrgico inmediato</p> <p>Plan de manejo y tratamiento postoperatorio</p> <p>Prognóstico</p> <p>Envío de piezas o biopsias quirúrgicas</p> <p>Otros hallazgos de importancia</p> <p>Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.</p>







BIBLIOGRAFÍA

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

Secretaría de Salud. (2012). *NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.* Diario Oficial de la Federación. Recuperado de
<https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/017ssa24.html>

Secretaría de Salud. (2011). *NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.* Diario Oficial de la Federación. Recuperado de
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512097/NOM-006-SSA3-2011.pdf>