



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 - SS43 - 2012 del expediente clínico

OBJETIVO

Establecer criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad 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, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías.

Debe 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 heredo-familiares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Exploración física — Hábitos exterior, 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.
- Pronósticos.
- Indicación terapéutica.

CARTA DE CONSENTIMIENTO

INFORMADO DE INTERÉS 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 pertenece 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.

DEBERÁS CONTAR CON

NOTA INICIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS

¿qué es?

Registro clínico que documenta la evaluación inicial del paciente al llegar al servicio de urgencias.

Contenido:

- Fecha y hora en que se otorgó el servicio
- Signos vitales
- Motivo de la atención
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental
- Resultados relevantes de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente
- Diagnósticos o problemas clínicos
- Tratamiento y pronóstico

NOTA DE EVOLUCIÓN

EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

¿qué es?

Registro clínico que documenta periódicamente el estado del paciente, los cambios en su condición, los resultados de estudios y las intervenciones realizadas.

Contenido:

- Evolución y actualización del cuadro clínico
- Signos vitales
- Resultados relevantes de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente
- Diagnósticos o problemas clínicos
- Pronóstico
- Tratamiento e indicaciones médicas.

NOTA DE INGRESO HOSPITALARIO

¿qué es?

Documento / registro clínico que plasma la información inicial del paciente al ser admitido a la estancia intrahospitalaria.

Contenido:

- Signos vitales
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental.
- Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Tratamiento y pronóstico

NOTA DE INTERCONSULTA

¿qué es?

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

Contenido:

- Criterios diagnósticos
- Plan de estudios
- Sugerencias diagnósticas y tratamiento
- Fecha y hora
- Signos vitales
- Motivo de la atención
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental.
- Resultados relevantes de estudios
- Diagnósticos o problemas clínicos
- Tratamiento y pronóstico

DEBERÁ CONTAR CON

NOTA DE REFERENCIA

¿qué es? Documento médico que un profesional de la salud remite a un paciente a otro establecimiento.

Contenido:

- Establecimiento que envía
- Establecimiento receptor
- Resumen clínico
- Motivo de envío
- Impresión diagnóstica
- Tratamiento empleado

NOTA DE CONTRAREFERENCIA

¿qué es? Informe que elabora el médico del establecimiento receptor para comunicar al establecimiento que refirió las consideraciones necesarias.

Contenido:

- Establecimiento que envía
- Establecimiento receptor
- Motivo de contrareferencia
- Resumen clínico
- Recomendaciones
- Impresión diagnóstica
- Tratamiento empleado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

¿qué es?

Documento escrito, firmado por el paciente o su representante legal y por el personal de la salud, mediante el cual se autoriza la remisión o el retorno a otro establecimiento para continuar con la atención médica.

Contenido

- Nombre de la institución
- Nombre, razón o denominación social del establecimiento
- Título del documento
- Lugar y fecha de emisión
- Acto autorizado
- Seriamento de riesgos y beneficios
- Autorización al personal de salud
- Nombre completo y firma del paciente
- Nombre completo y firma del médico
- Nombre completo y firma de dos testigos.

DEBERÁ CONTAR CON

NOTA DE EGRESO

¿qué es? Documento que se elabora cuando el paciente concluye su atención médica en una unidad hospitalaria.

Contenido:

- Fecha de ingreso/egreso
- Motivo del egreso
- Diagnósticos finales
- Resumen de la evolución y estado actual
- Tiempo durante estancia hospitalaria
- Problemas clínicos pendientes
- Plan de manejo y tratamiento
- Recomendaciones para vigilancia ambulatoria
- Atención de factores de riesgo
- Pronóstico
- Causa de muerte en caso de defunción

ALTA VOLUNTARIA

¿qué es? Acto mediante el cual un paciente decide por voluntad propia interrumpir la atención médica en un establecimiento de salud.

Contenido:

- Nombre y dirección del establecimiento
- Nombre del paciente
- Fecha y hora del alta
- Nombre completo y firma de quien solicita el alta voluntaria
- Resumen clínico
- Medidas recomendadas
- Nombre completo y firma del médico
- Nombre completo y firma de los testigos.

DEBERÁ CONTAR CON.

NOTA PREOPERATORIA.

¿qué es? Documento que registra la valoración del paciente previo a una intervención quirúrgica.

Contenido

- Fecha de la cirugía
- Diagnóstico
- Plan quirúrgico
- Tipo de intervención quirúrgica
- Riesgo quirúrgico
- Cuidados y plan terapéutico preoperatorios
- Pronóstico

VALORACIÓN PREOPERATORIA.

¿qué es? Evaluación integral del paciente antes de una intervención quirúrgica para determinar el estado físico del paciente, los riesgos anestésicos y quirúrgicos, y las medidas necesarias para su seguridad durante la cirugía.

Contenido

- Fecha de la valoración
- Resumen de la historia clínica
- Estudios de laboratorio y gabinete relevantes
- Diagnóstico preoperatorio
- Valoración del riesgo anestésico
- Plan anestésico
- Pronóstico
- Nombre y firma del médico que lo realiza.

DEBERÁ CONTAR CON.

NOTA PREANESTÉSICA.

¿qué es? Documento elaborado por el anestesiólogo antes de una cirugía o procedimiento que requiere anestesia.

Contenido

- Evaluación clínica del paciente
- Plan anestésico, de acuerdo con las condiciones del paciente y la intervención quirúrgica
- Valoración del riesgo anestésico, y en su caso, el pronóstico de la aplicación del procedimiento.
- Indicaciones y recomendaciones del servicio de anestesiología.

HOJA DE REGISTRO ANESTÉSICO.

¿qué es? Documento donde se consigna de manera cronológica y detallada todo lo relacionado con la administración de la anestesia durante el acto quirúrgico.

Contenido.

- Signos vitales
- Hora de inicio y término del procedimiento
- Dosis de los medicamentos
- Técnica utilizada
- Tipo y cantidad de líquidos IV administrados
- Registro de contingencias, accidentes e incidentes
- Estado del paciente al salir de la sala de operaciones.

DEBERÁ CONTAR CON.

HOJA DE REGISTROS DEL TRANSOPERATORIO

¿qué es?

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

Contenido

Diagnóstico preoperatorio y postoperatorio
Nombre del procedimiento quirúrgico
Integantes 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 sello del cirujano y anestesiólogo.

HOJA DE CIRUGÍA SEGURA

¿qué es?

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 gases, agujas e instrumental quirúrgico
Muestras biológicas identificadas
Equipos e incidencias registradas
Plan de recuperación y cuidados postoperatorios definidos.

DEBERÁ CONTAR CON

HOJA DE ENFERMERIA EN QUIRÓFANO

¿qué es?

Registro cronológico, claro y completo de todas las actividades, cuidados, observaciones y controles realizados al paciente durante su estancia en quirófano.

Contenido

Diagnóstico y procedimiento quirúrgico programado
Hora de ingreso - egreso del quirófano
Preparación del paciente en quirófano
Material 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

- Diagnóstico preoperatorio y postoperatorio
- Nombre del procedimiento quirúrgico realizado
- Nombre del cirujano responsable y ayudantes
- Descripción detallada de la técnica quirúrgica
- Hallazgos transoperatorios
- Procedimientos adicionales realizados
- Complicaciones presentadas
- Pérdidas hemáticas y líquidos administrados
- Estado del paciente al término de la cirugía.
- Nombre, firma y cédulo del cirujano responsable

DEBERÁ CONTAR CON

NOTA POST-ANESTÉSICA

¿qué es? - Documento elaborado por el médico que administró la anestesia.

Contenido

- Técnica anestésica utilizada
- Fármacos y medicamentos utilizados
- Duración de la anestesia
- Contingencias, accidentes e incidentes atribuibles a la anestesia
- Balance hídrico
- Estado clínico del paciente al egreso del quirófano
- Plan de manejo y tratamiento inmediato, incluyendo protocolo de analgesia y control de signos y síntomas asociados a la anestesia.

NOTA POSTOPERATORIA

¿qué es? - Documento que se elabora al término inmediato de una cirugía, deberá elaborarlo el cirujano que intervino al paciente, constituye un resumen de la operación practicada.

Contenido

- Diagnóstico preoperatorio
- Operación planeada
- Operación realizada
- Diagnóstico postoperatorio
- Descripción de la técnica quirúrgica
- Hallazgos transoperatorios
- Reporte del conteo de gases, compresas y de instrumental quirúrgico
- Incidentes y accidentes
- Cuantificación de sangrado, y en su caso, de transfusiones
- Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios
- Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante
- Estado postquirúrgico inmediato
- Plan de manejo y tratamiento postoperatorio
- Pronóstico
- Envío de piezas o biopsias quirúrgicas
- Otros hallazgos de importancia
- Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

DEBERES CONTAR CON

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA

¿qué es?
Documento escrito mediante el cual el paciente, o su representante legal, autoriza de manera voluntaria la realización de un procedimiento quirúrgico, habiendo recibido información acerca de los riesgos y beneficios.

Contenido:
Nombre, razón o denominación social del establecimiento
Título del documento
Lugar y fecha de emisión
Acto autorizado
Señalamiento de los riesgos y beneficios
Autorización del personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado
Nombre completo y firma del paciente
Nombre completo y firma del médico
Nombre completo y firma de dos testigos

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

¿qué es?

Documento escrito mediante el cual o su representante legal, autoriza voluntariamente la obtención y estudios de sus muestras biológicas; sangre, orina, heces, tejidos, u otros líquidos corporales; después de recibir información de los riesgos y beneficios.

Contenido.

DEBERES CONTAR CON

HOJA DE NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO PÚBLICO

¿qué es?
Documento mediante el cual se informa a las autoridades correspondientes sobre hechos que podrían constituir un delito o riesgo legal.

Contenido:
Nombre, razón o denominación social del establecimiento
Fecha de elaboración
Identificación del paciente
Acto notificado
Reporte de lesiones del paciente
Agencia del MP a la que se notifica
Nombre completo y firma del médico que notifica.

HOJA DE ENFERMERIA.

¿qué es?
Registro escrito donde el personal de enfermería documenta de manera ordenada, cronológica y precisa todas las acciones de cuidado, observaciones, intervenciones y evolución del paciente.

Contenido:
Habitat exterior
Gráficos de signos vitales
Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita
Procedimientos realizados
Observaciones.



DEBERÁ CONTAR CON

SERVICIOS AUXILIARES

¿qué es? - Procedimientos, estudios y actividades de apoyo clínico que complementan la atención médica directa, facilitando la toma de decisiones clínicas.

Contenido -
Fecha y hora del estudio
Identificación del solicitante
Estudio solicitado
Problema clínico en estudio
Resultados del estudio
Incidentes y accidentes, si los hubo
Identificación del personal que realizó el estudio
Nombre completo y firma del personal que informa

DEBERÁ CONTAR CON

TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE

¿qué es? - Documento que registre de manera detallada y cronológica toda la información relacionada con la administración de sangre y sus derivados a un paciente.

Contenido -
Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos
Fecha y hora de inicio de la transfusión, así como el final de la misma.
Control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión.
En caso de reacciones adversas, indicar su tipo y manejo.
Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como los encargados de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIOS

¿qué es?

Documento escrito mediante el cual el paciente o su representante legal autoriza voluntariamente la realización de estudios clínicos, de laboratorio o auxiliares de diagnóstico, después de conocer los riesgos y beneficios.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSFUSIÓN

¿qué es?

Documento escrito mediante el cual el paciente o su representante legal autoriza de manera voluntaria la administración de sangre o hemoderivados, después de conocer los riesgos y beneficios.

Contenido

Nombre de la institución a la que pertenece el establecimiento
Nombre, razón o denominación social del establecimiento
Título del documento
Lugar y fecha en que se emite
Acto autorizado
Serotipamiento de los riesgos y beneficios
Autorización al personal de salud para las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado
Nombre completo y firma del paciente
Nombre completo y firma del médico
Nombre completo y firma de dos testigos

DEBERÁS CONTAR CON

NOTA DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL

¿qué es?
Documento que registra el fallecimiento de un paciente o la muerte de un feto, incluyendo información relevante para fines médicos, estadísticos y legales.
Debe elaborarlo el médico facultado para ello.

Contenido
Nombre completo, cédula profesional y firma de quien elabora
Fecha y hora de elaboración
Datos de identificación del paciente
Diagnóstico de ingreso y final
Causa de muerte
Intervenciones realizadas antes del deceso
Observaciones adicionales

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

¿qué es?
Documento oficial que constata el fallecimiento de un paciente, proporcionando información clínica y legal sobre la fecha, lugar y causa de muerte.

Contenido
Datos de identificación del fallecido
Fecha y hora del deceso
Lugar del fallecimiento
Causas de muerte
→ Inmediata, subyacente, contribuyente.
Diagnóstico de ingreso y egreso
Datos del médico que certifica la muerte
Observaciones adicionales.
Datos de la institución de salud.

DEBERÁS CONTAR CON:

REPORTE DE CAUSA DE MUERTE

¿qué es?

Documento en el que el médico detalla los causas de fallecimiento de un paciente, conforme a la información contenida en el certificado de defunción.
Es esencial para fines médicos, estadísticos y legales.

Contenido

Datos de identificación del paciente
Fecha y hora del fallecimiento
Diagnóstico de ingreso y diagnóstico final
Causas de muerte
→ Inmediata, subyacente, contribuyente
Procedimientos y tratamientos realizados antes del deceso
Circunstancias del deceso
Nombre, firma, y cédula profesional del médico que elabora el reporte.

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>