



Universidad del Sureste
Campus Comitán
Lic. Medicina Humana



MAPA CONCEPTUAL DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO NOM-004-SSA3-2012

Diego Adarcilio Cruz Reyes
Dr. Erick Jair Domínguez Santiago
Medicina Interna

Comitán de Domínguez, Chiapas 10 De Septiembre Del 2025.

El expediente clínico debe ser conservado por un periodo mínimo de 5 años.

Conservación

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

¿Que es?

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

¿Quiénes deben cumplir la norma?

Datos que debe incluir un expediente clínico.

↓

- Tipo, Nombre y Domicilio del establecimiento y en su caso nombre de la institución a la que pertenece
- Razón y denominación social del propietario o concesionario
- Nombre, edad, sexo y domicilio del paciente
- Señalamiento de las disposiciones scriterias



**Norma Oficial Mexicana
Nom-004-SSA3-2012, Del
Expediente Clínico**

Illustration of a patient information form titled 'DATOS PERSONALES' with fields for:

- NOMBRE
- APPELLIDO
- IDENTIFICACIÓN
- GÉNERO
- FECHA DE NACIMIENTO
- ALTURA
- PESO
- TIPO DE SANGRE
- DIRECCIÓN
- TELÉFONO

Accompanied by an illustration of a male and female patient.



Uso

- Evaluación
- Médico
- Jurídico
- De creencias
- Investigación
- Administrativo y estadístico

Confidencialidad

La información obtenida en el expediente clínico no deberán ser divulgadas o dadas a conocer, deberán ser manejada con discreción y confidencialidad.

Propiedad



Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del proveedor de servicios médicos que los genera cuando este no depende de una institución.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos completos: Carla Galarza Ferrari

Número de historia Clínica: 2027501

Fecha y hora de la atención: 10/04/2021----- 10:00 am

Fecha de apertura de la historia clínica: 04/06/2015

Sexo: Femenino Edad: 29 Lugar de nacimiento: Callao

Fecha de nacimiento: 04/01/92 Grado de instrucción: superior completa

Raza: Mestiza Ocupación: Comunicadora Religión: Católica Estado Civil: Soltera

Lugar de procedencia: Carmen de la Legua - Callao

Domicilio Actual: Av. López Pasos 741

Número de teléfono: 922566347

Nombre y Apellido del acompañante: Emilia Ferrari Castro

Parentesco: Madre teléfono: 981214626

ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo de consulta: Dolores progresivos en la fosa iliaca derecha

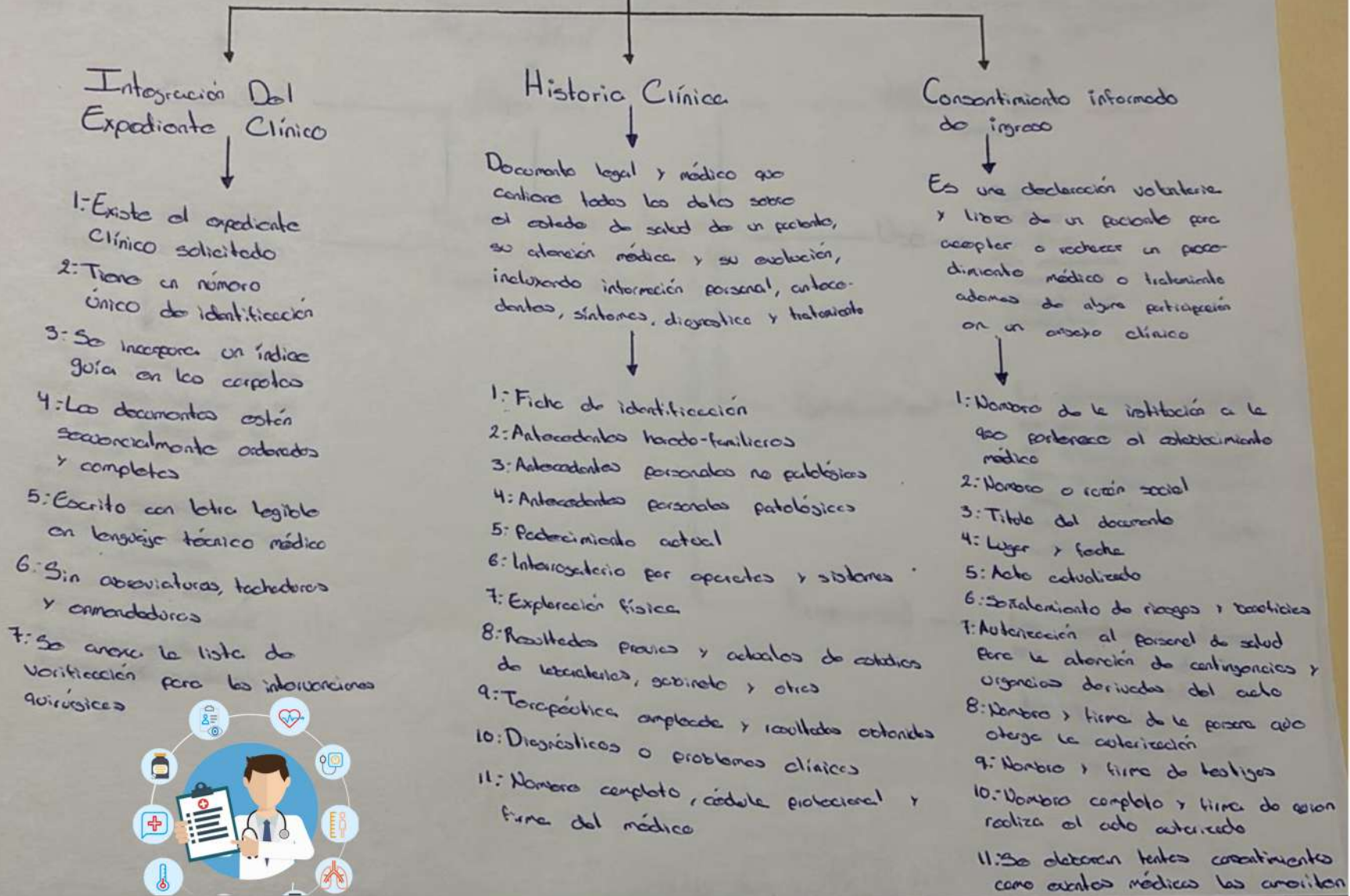
Tiempo de enfermedad: 5 días

Signos y Síntomas: Dolor de fosa iliaca derecha, vómitos y náuseas, debilidad, deshidratación, hinchazón abdominal.

Relato cronológico: Paciente mujer de 29 años acude a emergencia indicando que hace 5 días presenta cólicos en el epigastrio con dolor tipo cólico, hace 5 horas el dolor en el epigastrio que fue con más intensidad irradiándose en la fosa iliaca derecha con dolor punzante y duro un aproximado 2 horas, presenta vómitos después de comer ya que el estómago no le recibe nada. También manifiesta que el dolor empeora cuando tose, camina o hace movimientos bruscos.

Funciones biológicas:

apetito: no
sed: aumentada
sueño: normal
micción: 3 v/d



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: [Fecha de firma]

Lugar: [Lugar de firma]

Institución: [Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico]

Establecimiento médico: [Nombre o razón social del establecimiento médico]

Paciente: [Nombre completo del paciente]

Yo, [Nombre del paciente], [declaro que soy mayor de edad y cuento con las capacidades físicas y mentales para consentir el procedimiento que voy a recibir] ó [declaro que soy representante legal de parentesco] y que he sido informado(a) en detalle sobre el procedimiento/tratamiento [Nombre del procedimiento/tratamiento] a realizar por [Nombre del médico o institución médica] y sus posibles riesgos, beneficios y alternativas.

Autorizo al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas y aclarar dudas antes de otorgar mi consentimiento. Estoy consciente de que tengo la opción de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin consecuencias adversas para mi atención médica futura.

Descripción del Procedimiento/Tratamiento:

[Descripción detallada del procedimiento o tratamiento]

Riesgos:

[Enumeración de los posibles riesgos, efectos secundarios o complicaciones]

Beneficios Esperados:

[Descripción de los beneficios que se esperan del procedimiento o tratamiento]

Alternativas:


[Descripción de otras opciones disponibles, incluyendo la opción de no realizar el procedimiento/tratamiento]

Nombre, Firma o Huella Dactilar del Paciente:

Nombre y Firma de Testigo #1 (Opcional):

Nombre y Firma del Médico:

Nombre y Firma de Testigo #2 (Opcional):



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
NOTA MEDICA DE URGENCIAS

NSS: 1207 85- 4244A. MED.: 1M198SOR

NOMBRE DEL PACIENTE
MARIA ROSA HERNANDEZ ALDANA

CURP: HEAM650716MGTRLR08

DELEGACION: GUANAJUATO

UNIDAD: UMF 51CVE.PTAL. 111 707022151

CONSULTORIO: 6TURNO: MATUTINO

FECHA Y HORA	TALLA	PESO	TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	GLUCOSA
Martes, 16 mayo del 2023. 05:10 hrs.	1.60m	69kg	38.3°C	82.0 mmHg / 78.0 mmHg	88 latidos/min	20 resp./min	NULL

RESUMEN CLÍNICO:
FEMENINO DE 56 AÑOS REFIERE EL DÍA DE HOY A LAS 05:10 HRS. PRESENTA FIEBRE, Y HEMORRAGIA Y DOLOR UTERINO

DIAGNOSTICO COMPLEMENTOS DX
DOLOR Y SANGRADO UTERINO

EXPLORACIÓN FÍSICA: FEMENINO DE 56 AÑOS PRESENTA DOLOR AGUDO CÓLICO, VISIBLE SANGRADO, POSIBLE HEMORRAGIA UTERINA POR ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE MATRIZ (EXTRACCIÓN).

PLAN DE ESTUDIO PRONÓSTICO
ECOGRAFÍA (ULTRASONIDO)

MOTIVO PARA NO REGISTRAR LA EXPLORACIÓN FÍSICA

TIPO DE URGENCIAS:
Real

TIPO	OCASIÓN	SERVICIO	MOTIVO
Urgente	Primera vez	Atención medica continua	TRATAMIENTO IBUPROFENO 400 MG, 1 SOLUCIÓN SALINA Y HIERRO, PERMANECE EN OBSERVACIÓN EN ÁREA DE URGENCIAS HASTA DISMINUIR HEMORRAGIA Y ESPASMOS.

NOMBRE DEL MÉDICO	CEDULA PROFESIONAL	MATRICULA	FIRMA
GAEL HERNÁNDEZ VILLALPANDO	9515210	97388975	

Nota Medica De Urgencias

Es un registro que documenta la atención brindada a un paciente en una situación de emergencia, documentando al motivo de la consulta, la historia clínica, la exploración física, los diagnósticos, el tratamiento y las recomendaciones.

1: Nombre del paciente
2: Fecha y hora de elaboración
3: Edad y sexo
4: Signos vitales
5: Resumen del interrogatorio
6: Exploración física
7: Resultado de estudios de un servicio auxiliar de diagnóstico y tratamiento
8: Diagnósticos o problemas clínicos
9: Plan de estudio y/o tratamientos
10: Pronósticos
11: Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

Nota De Ingreso

Debe elaborarse al médico que ingresa al paciente

1: Datos del paciente
2: Motivo de ingreso
3: Padecimiento actual
4: Antecedentes personales y familiares
5: Exploración física
6: Diagnóstico
7: Plan diagnóstico y terapéutico
8: Pronóstico
9: Nombre, firma y cédula del médico

Nota Inicial

Es la primera valoración médica que se hace al paciente.

1: Datos de identificación del paciente
2: Motivo de consulta
3: Interrogatorio por afecciones y sistemas
4: Exploración física
5: Diagnóstico
6: Plan de manejo inicial
7: Nombre, firma y cédula del médico

NOTA DE INGRESO

Nombre: José Luis Cabrera López

Edad: 42 años

Fecha de ingreso: 10/03/18
Ingreso: 8:03 am

Hora de

Talla: 1.72 m Peso: 85 kg IMC: 28.63

Temperatura: 37 °C FC: 96 lpm FR: 18 rpm

TA: 120/80

Sin antecedentes personales o heredo-familiares de importancia.

Al interrogatorio dirigido refiere dispepsia y pirosis. El resto fue interrogado y negado.

Paciente masculino de 42 años, bajo los servicios del Dr. Gustavo Adolfo Martínez, con dx de colecistitis, que hace un mes acudió a consulta externa por presentar dolor intermitente tipo cólico en hipocondrio derecho de 2 meses de evolución, sin antecedente previo del mismo, con intensidad de 4/10, que se agrava con alimentos colecistoquinéticos y sin factores atenuantes, sin predominio de horario, con duración aproximada de 30 minutos, que se presenta 2 veces al día y se acompaña esporádicamente de náuseas y estreñimiento, así como sensación de plenitud postprandial.

Se encuentra abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, ruidos hidroaéreos ligeramente disminuidos y signo de Murphy positivo.

El px llega con estudios realizados, en los que se encuentra BH con leucocitosis, PCR de 9 mg/L y un ultrasonido en el que es visible una pared vesicular engrosada y la presencia de 3 pólipos intraluminales de aproximadamente 6 mm de diámetro.

Se le indica al paciente, agendar colestectomía para hoy en la tarde.

, vendaje SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO
CENTRO DE SALUD “SIGLO XXI”
JURISDICCION PACHUCA DE SOTO

Pachuca de soto hidalgo a 28 de septiembre de 2019
NOTA DE INICIO

Nombre del paciente: Mario Nepomuceno de los Angeles

27/09/2019 07:15 horas

Edad: 57 años sexo: masculino

Signos vitales: TALLA 1.65 MTS, PESO 90 KG, TA 90/60, FC 130, FR 22, TEMP 35.3°C.

1.- Paciente de sexo masculino que es traído al servicio, por vecinos de la comunidad, los cuales refieren haberlo encontrado en el fondo de un barranco con una profundidad de aproximadamente 10 metros de altura, se encuentra inconsciente, con palidez de tegumentos, cubierto en su totalidad de tierra y de restos de excremento de burro, al preguntar a los vecinos refieren que el burro fue encontrado en la parte de arriba del barranco y al paciente en el fondo, con pérdida de la conciencia y sin respuesta a los estímulos, con la ropa desgarrada y sin calzado.

2.- A la exploración física se encuentra inconsciente, con palidez de tegumentos, zonas de equimosis en rostro, tórax y abdomen, hematoma en región temporal derecha de aproximadamente 5cm de diámetro mayor, en tórax se escucha buena ventilación pulmonar, en abdomen, presenta una gran zona de equimosis a nivel de cuadrantes izquierdos, y poca movilidad en relación a los movimientos respiratorios transmitidos, miembros superiores e inferiores aparentemente íntegros, sin datos de fracturas aparentes.

3.-DX. Paciente politraumatizado, con traumatismo de miembros inferiores, traumatismo craneoencefálico, traumatismo de tórax, traumatismo de hemiabdomen izquierdo con posible lesión de bazo y datos que orientan a la presencia de hemorragia interna, además presenta signos de inicio para shock hipovolémico.

4.-MANEJO MEDICO INICIAL: INTERNARLO

- A. (vía aérea permeable) colocar collarín tipo filadelfia para hacer una hiperextensión del cuello, revisar la cavidad oral para valorar la vía aérea definitiva,
- B. comprobar la adecuada ventilación valorar y observar deformidades y

NOTA MÉDICA DE EVOLUCIÓN.

MO
OS
E
HOS
PITA
L

Fecha y Hora: 17 - 05 - 2017 14:09
Nombre Completo: Sebastián Trujillo Rodríguez
Número Paciente: 151153
Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 11 - agosto - 1993
Edad: 23 años 9 meses 6 días
Piso/Sala: Quinto piso
Habitación: 2115
Folio Admisión: 329843
Expediente: 561372

Evolución y Actualización del Cuadro Clínico:
(incluir tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones)

Paciente masculino de 23 años de edad con los siguientes diagnósticos:

- 1. Insuficiencia Respiratoria Aguda Tipo II
- 2. Diabetes Mellitus Tipo I Descontrolada

El paciente cursa su cuarto día de hospitalización por la presencia de IRA y el descontrol de su DM, presenta exacerbación de los síntomas con dificultad respiratoria a expensas de tiraje intercostal, y aumento de los movimientos de ampliación y amplexación.

El paciente refiere:

- a) Cefalea: El dolor es de tipo punzante, lo presenta en la cabeza completa, sin irradiarse a ninguna otra parte, predominante por las mañanas al despertar y las tardes al salir del trabajo, es diario desde hace 5 días y le dura alrededor de 2 horas, lo relaciona a los momentos que presenta dificultad respiratoria.

Nota De Evolución

Deberé elaborarle al médico cada vez que proporcione atención al paciente y los roles se llevarán a cabo conforme a;

1: Evolución y actualización del cuadro clínico

2: Signos vitales, según se considere necesario

3: Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que haya sido solicitado previamente

4: Diagnóstico o problemas clínicos

5: Pronósticos

6: Tratamiento o indicaciones médicas

Nota De Ingreso Hospitalario

Documento médico que registre formalmente la admisión de un paciente a un hospital;

1: Signos vitales

2: Resumen del historial

3: Examen físico

4: Resultados de estudios

5: Tratamiento y pronóstico

Nota De Interconsulta

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

1: Criterio diagnóstico

2: Suplementos diagnósticos y de tratamiento

3: Motivo de consulta

NOTA DE INGRESO CIRUGIA GENERAL

PACIENTE: REYES RODRIGUEZ DEYANIRA
NSS: 349368016273F60R
SEXO: FEMENINO
EDAD: 47 AÑOS
CAMA: 361
ORIGEN: ZACATECAS, ZACATECAS.

RESIDENCIA: ZACATECAS, ZACATECAS.
OCUPACIÓN: AMA DE CASA
RELIGIÓN: CATOLICA
FECHA: 27/06/2018

AHF: Interrogados y negados

APP: Crónicos: Negados Transfusionales: negados; Alérgicos: preguntados y negados; Traumáticos: preguntados y negados toxicomanías negadas, quirúrgicos: colecistectomía, cirugía de columna lumbar y cervical, extirpación de quiste de mano derecha, cesarea 2, lapé pb oclusión intestinal hace 10 años

RESUMEN CLÍNICO

Paciente femenino de 47 años de edad la cual inicia su padecimiento con dolor súbito el día 24-06-18 a las 22:00 hrs motivo por el cual acude a su unidad médica, donde se da manejo sin mejoría clínica, continua con dolor abdominal difuso, acompañado de náusea y vómito de características biliares, motivo por el cual acude a este centro hospitalario por aus diagnóstico y tratamiento. Se realizan estudios de extensión, laboratoriales y radiografías, clínicamente presenta oclusión intestinal por lo que se decide una vez valorada por el servicio de cirugía, tratamiento médico, con colocación de sonda nasogástrica, con la cual refiere la paciente mejoría clínica, con tratamiento reposición de electrolitos y soluciones.

Actualmente canaliza gases y con evacuaciones, afebril, in náusea ni vómito, en ayuno.

Signos vitales: TA: 120/80 FC: 80 FR: 19 Temp: 37.0°C

A la exploración física, se encuentra paciente consciente, orientado, tranquila, cooperadora, con buena coloración de piel y tegumentos, regular hidratación, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono e intensidad, sin agregados aparentes, abdomen, blando, depresible, peristaltis presente, sin datos de irritación peritoneal por el momento, extremidades, derecha íntegra sin datos de edema, con buena coloración pulsos presentes sin datos de alarma, extremidad izquierda íntegra sin edema, sin datos de alarma.

LABORATORIALES 21-04-18: HB: 14.5, HTC: 42, LEUCOS: 13, LIPASA: 21, AMILASA: 98, GLUCOSA: 111, ca 9.9, cloro: 105, potasio: 3.9, sodio: 141, mg 2.12

Rx abdomen: Con presencia de niveles hidroaéreos

Plan: Se ingresa para vigilancia, se continua con tratamiento médico, cursando con buena evolución clínica

Pronóstico: Reservado a evolución.

Dr. MB RICO HDEZ

HOJA DE INTERCONSULTA

Paciente: _____
Edad: _____ Años. Sexo: _____
Dirección: _____
Lugar y fecha de envío: _____
Teléfono: _____ Cel: _____
Enviado del servicio de: _____
Especialidad de endodoncia
Al servicio de: _____
Motivo de interconsulta: _____
Diagnóstico: _____
Signo sintomatología: _____
Odontólogo evaluador: _____
Firma y sello: _____

Nombre completo, matrícula y firma del médico tratante	Nombre completo y firma del testigo.
_____	_____

<u>Dra. Ríos Vera María de los Angeles</u> NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE	<u>PA. Dra. Ríos Vera María de los Angeles</u> NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD
--	--



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL DE CIDENTE
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A _____ DEL 2010, GUADALAJARA, JALISCO.

YO _____ HE SIDO INFORMADO POR MI MÉDICO TRATANTE,
EL DR. _____ QUE SOY PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD LLAMADA _____ QUE PARA MI ESTUDIO Y TRATAMIENTO SE REQUIERE ME SOMETAN A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

Y ME FUE EXPLICADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN QUE EL MENCIONADO PROCEDIMIENTO TIENE RIESGOS, SIENDO LOS MÁS IMPORTANTES:

SÉ TAMBIÉN QUE DE NO ACEPTAR LOS PROCEDIMIENTOS ANTES SEÑALADOS SE DETERIORARÁ MI CALIDAD DE VIDA EN LO FUTURO Y ESTO ME EXPONE A COMPLICACIONES

SOY CONSCIENTE DE LA POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN EN CASOS COMO ESTE, EL QUE ESTOY ACEPTANDO, POR LO CUAL ESTOY DE ACUERDO EN QUE SE TOMEN LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA MI MEJORA Y/O SOLUCIÓN.

SE ME EXPLICÓ MI PRONÓSTICO Y POR TAL MOTIVO ACEPTO LOS PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS Y EL RIESGO DE LOS MISMOS.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

**Consentimiento Informado De
Referencia**

Autorización del paciente o
Persona a cargo para ser
enviado a una unidad médica
de mayor complejidad

- 1: Datos del paciente/identificación
- 2: Datos de la unidad médica que
referencia
- 3: Datos de la unidad médica que
recibe
- 4: Motivo de referencia
- 5: Explicación al paciente o familiar
- 6: Declaración de voluntad

**Consentimiento Informado De
Contrarreferencia**

Autorización del paciente o
Persona a cargo para regresar
a su unidad de origen o continuar al siguiente

- 1: Datos de identificación del paciente
- 2: Datos de la unidad médica que
contrarreferencia
- 3: Datos de la unidad médica recep-
tora
- 4: Diagnóstico actual
- 5: Motivo de la contrarreferencia
- 6: Explicación al paciente o persona
a cargo
- 7: Declaración de aceptación

Nota De Egreso

Es un resumen de la atención
y el tratamiento recibido por un
paciente durante su estancia hos-
pitalaria, redactada por un
médico al momento de la
salida del paciente del
hospital.

- 1: Fecha de ingreso/egreso
- 2: Motivo del ingreso
- 3: Diagnósticos finales
- 4: Resumen de la evolución y el
estado actual
- 5: Problemas clínicos pendientes
- 6: Plan de manejo y tratamiento
- 7: Recomendaciones para vigilancia
ambulatoria
- 8: Atención de factores de riesgo
- 9: Pronósticos
- 10: En caso de detención, señalar
la causa de la muerte.



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE CIDENTE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
DIRECCIÓN DE

2010
"AÑO DE LEONOR VIGARIO, BENEFICENTIA MADRE DE LA PATRIA"

NOTA DE ALTA O EGRESO HOSPITALARIO VOLUNTARIO.


(Formato sugerido)

Mediante este documento el paciente, y su familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar, pues se realiza en contra de la recomendación médica. Este documento releva de la responsabilidad al establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del mismo y otro se proporcionará al usuario.

Ciudad de México, D.F. a _____ Hora _____

1. IDENTIFICACION del paciente y su familiar.
Nombre completo del paciente: _____ Edad: _____
Nombre completo del familiar: _____ Edad: _____
Parentesco: _____
2. Redactar en forma clara las razones que motivan el egreso: _____

3. Resumen clínico (incluirá como mínimo):
 - Motivo de envío
 - Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas)
 - Terapéutica empleada, si la hubo.
4. Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo (incluir medidas sanitarias para disminuir el riesgo de contagio para los familiares y población general que deben seguir el paciente y su familia)
5. Nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva
6. Nombre completo y firma del médico que emite la hoja
7. Nombre completo y firma de dos testigos (uno designado por el hospital y otro designado por el paciente o su familiar)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR

HOSPITAL RURAL N° 80 SOTO LA MARINA, TAMAULIPAS

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

“ALTA VOLUNTARIA”

SOTO LA MARINA, TAMAULIPAS A 19 DE OCTUBRE DE 2024

DR. JESÚS VELAZCO MURATALLA

DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL N° 80 SOTO LA MARINA

PRESENTE.

HAGO DE SU CONOCIMIENTO QUE RECIBÍ CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ESTADO ACTUAL DE SALUD, LAS CONDICIONES ACTUALES Y LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDEN OCURRIR POR SOLICITAR EL ALTA VOLUNTARIA CORRESPONDIENTE A LA PACIENTE DAYCÍ AZALÍA GARCÍA MÉNDEZ CON DIAGNÓSTICO DE CELULITIS / INFECCIÓN DE TENDONES Blandos, DIABETES MELLITUS TIPO 1 DESCONTROLADA Y DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO (PSEUDO-HIPONATREMIA MODERADA AGUDA NORMOCLOREMICA, HIPOVOLÉMICA HIPOOSMOLAR). Y LA NEGATIVA ANTE TRATAMIENTO ESTABLECIDO, POR TAL MOTIVO LE INFORMO QUE ES MI DECISIÓN LIBRE E INFORMADA EL SOLICITAR EL ALTA DEL SERVICIO CIRUGÍA GENERAL EL DÍA 09/05/2025 A LAS 20:29 HORAS, EXIMIENDO DE TODA RESPONSABILIDAD MÉDICA, LEGAL Y ADMINISTRATIVA AL IMSS Y AL PERSONAL MÉDICO Y ADMINISTRATIVO QUE LABORA EN ESTE HOSPITAL.

PACIENTE O TESTIGO

FAMILIAR RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

PARENTESCO: _____

EDAD: _____

DOMICILIO: _____

TESTIGO

TRABAJO SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA

MÉDICO TRATANTE

NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA

Alta Voluntaria

Valoración / Pre-Operativa

Pre-Operativa

Es la salida de un paciente por decisión propia o de su familiar responsable, con acuerdo del médico no lo recomienda porque considera que existe riesgo para la salud.

• Es un acto legal y administrativo

• Se debe un consentimiento por escrito del paciente / con su consentimiento

• El paciente debe firmar al paciente

- 1: Datos de identificación del paciente
- 2: Datos hospitalarios
- 3: Descripción del paciente o familiar
- 4: Motivos de la solicitud
- 5: Consecuencias y riesgos dados por el médico
- 6: Firma y datos de los testigos
- 7: Firma y cédula del médico tratante

Un especialista en áreas relevantes para las actividades de un paciente (cardiología, neurología) realiza un examen típico una evaluación médica pre-operativa completa.

• Deberá adherirse al cirujano que se va a intervenir al paciente

- 1: Ficha de identificación
- 2: Motivo de cirugía
- 3: Historial clínico resumido
- 4: Interconsultas por operados y sistemas
- 5: Exploración física completa
- 6: Estudios de laboratorio y genéticos
- 7: Riesgos quirúrgicos
- Escalas utilizadas → ASA
- 8: Plan quirúrgico
- 9: Cuidados y medidas preoperatorias
- 10: Pronósticos quirúrgico
- 11: Nombre, firma y cédula del médico tratante

Deberá adherirse al cirujano que se va a intervenir al paciente, incluyendo a los cirujanos asistentes y deberá contener como mínimo:

- 1: Fecha de la cirugía
- 2: Diagnóstico
- 3: Plan quirúrgico
- 4: Tipo de intervención quirúrgica
- 5: Cuidados y plan terapéutico preoperatorio
- 6: Pronóstico
- 7: Nombre, firma y cédula del médico

NOTA PREOPERATORIA

Nombre: José Luis Cabrera López

Edad: 42 años

Fecha de la cirugía: 10/03/18

programada: 6:30 pm

Hora

Diagnóstico: Colecistitis crónica, a causa de pólipos vesiculares intraluminales.

Plan quirúrgico: Colecistectomía laparoscópica: bajo anestesia general mediante 3-4 incisiones pequeñas en el abdomen. Se insertan puertos (tubos huecos) en las aperturas. Las herramientas quirúrgicas y una cámara con luz se colocan en los puertos. El abdomen se infla con gas de dióxido de carbono para que ver los órganos internos sea más fácil. La vesícula biliar se extirpa y las aperturas de los puertos se cierran con suturas, clips quirúrgicos o pegamento. El procedimiento toma de 1 a 2 hrs. aproximadamente.

Tipo de intervención quirúrgica: Programada (X) Urgencia ()

Riesgo quirúrgico: Según la escala Apache II realizada al paciente existe una mortalidad de 5.8 %. (por neumonía, complicaciones cardíacas, infección de la herida, infección del tracto urinario, coágulo de sangre, insuficiencia renal, lesión en el conducto biliar) Y una postoperatoria de 3%.

Cuidados y Plan preoperatorio:

- Ayuno.
- Baño con agua y jabón antes de entrar a quirófano.
- IV para administrar líquidos y medicación.

VALORACION PREOPERATORIA POR MEDICINA INTERNA:

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SEXO:
JUAN DE LOS SANTOS VAZQUEZ	73 AÑOS	MASCULINO
NUMERO DE EXPEDIENTE	FOLIO SEGURO POPULAR	SERVICIO:
402022		TYO
		CAMA:
		318-1

FECHA: 6-12-18 HORA 14.30HRS


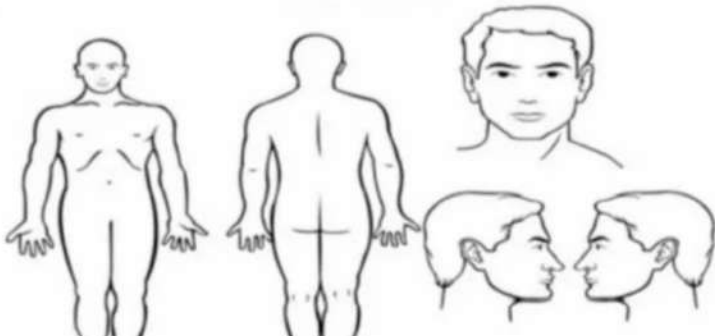
MASCULINO 73 AÑOS DE EDAD. INTERNADO A CARGO DE TRAUMATOLOGIA, SE SOLICITA VALORACION PREOPERATORIA PARA INTERVENCION PARA RECONSTRUCCION Y REMODELACION DE MANO DERECHA. TIENE ETILISMO Y TABAQUISMO OCASIONALES DURANTE 50 AÑOS, SUSPENDIDO HACE 5 AÑOS. EXPOSICION A BIOMASA DE MANERA CRONICA DURANTE TODA SU VIDA. DESCONOCE GRUPO Y RH. NIEGA ENFERMEDADES CRONICAS, ALERGICAS, CIRUGIAS PREVIAS, TRAUMATISMOS PREVIOS O TRANSFUSIONES. A LA EXPLORACION FISICA SE HALLA NEUROLOGICAMENTE INTEGRO, NO FOCALIZA, CUELLO SIN INGURGITACION YUGULAR, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUENA INTENSIDAD SIN AGREGADOS, VENTILA CON BUENA ENTRADA DE AIRE, SIN ESTERTORES NI DIFICULTAD RESPIRATORIA, SATURA 97% CON OXIGENO AMBIENTE. ABDOMEN DEPRESIBLE SIN MEGALIAS NI IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES INTEGRAS SIN DATOS DE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA. SVT TA 130/70 FC 75 X' FR 18 X' T 36C HB 11.2, 236ML PLTS, 6.2ML LEUCOCITOS, TP 12.2, INR 1.1, TTP 31.2. GLUCOSA 130, UREA 40, BUN 19, CR 1.17, NA 137, K 4.06, CL 99.7, CA 8.97, RX TORAX ANTEROPOSTERIOR SIN CARDIOMEGALIA, CON DATOS DE EPOC POR HORIZONTALIZACION DE ESPACIOS INTERCOSTALES. EKG SINUSAL FC 75 X', EJE ELECTRICO +30° PR 0.12S, QRS 400MS. CON DATOS DE SOBRECARGA SISTOLICA DE CAVIDADES IZQUIERDAS CON DISCRETA ISQUEMIA INFEROLATERAL.

GOLDMAN II, ASA II, DETSKY I, CAPRINI 5 PTS. SE RECOMIENDA: MEDIDAS DE HIGIENE PULMONAR Y NEBULIZACIONES A BASE DE IPRATROPIO Y SALBUTAMOL. USO DE ANTIHIPERTENSIVO TIPO ARA II (LOSARTAN 50MG CADA 24 HORAS) HASTA EL DIA DE LA CIRUGIA. VIGILANCIA DE CIFRAS TENSIONALES EN CASO DE MAYORES A 160/90 ADMINISTRAR 1MG DE PRAZOCIN VIA ORAL. USO DE VENDAJE COMPRESIVO ANTIEMBOLIA. HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR A DOSIS PROFILACTICAS PARA PREVENCION DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR. EN EL DIA DE LA CIRUGIA NO SOBRECARGAR DE LIQUIDOS. USO DE OXIGENO TRANSOPERATORIO Y MANTENER SATURACION POR PULSIOXIMETRO MAYOR A 94%. MONITORIZACION CARDIACA DE TRIPLE CANAL. SE RECOMIENDA ANESTESIA GENERAL BALANCEADA. EN POSOPERATORIO USO DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR. MANEJO DEL DOLOR CON AINES. PROFILAXIS ANTIEMBOLIA Y DEAMBULACION TEMPRANA.

DR DE LA ROCA MB / FUENTES R4MI

4200000520



	<p>INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS</p>	<p>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA SEGURA. PROCEDIMIENTO CORRECTO MARCAJE DE DOCUMENTAL</p>
		

Nota postoperatoria

Registro de intervención quirúrgica.

Nombre del paciente: José Luis Cabrera López. Edad: 42 años.

Sala: 2 Fecha de cirugía: 6/3/2021 Sexo: Masculino. Hora de inicio: 6:30 p.m. Hora de fin: 7:40 p.m.

Especificación quirúrgica.

Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis crónica por pólipos vesiculares.

Diagnóstico postoperatorio: Colecistitis crónica por pólipos vesiculares.

Operación planeada: Colecistectomía laparoscópica.

Anestesia utilizada: Epidural. Descripción quirúrgica.

Descripción de la técnica quirúrgica:

Paciente en decúbito dorsal, se inyectó CO2 en la cavidad abdominal a fin de crear un espacio real que permitiera trabajar con la mayor libertad de movimiento. Se introdujo una aguja de Veress a través del ombligo y luego de comprobar que se encontrará en la cavidad, se inició la insuflación de CO2 en forma progresiva. Se colocó el primer trocar por el ombligo, el laparoscopio ingresó por él a la cavidad permitiendo hacer una exploración de todas las vísceras abdominales. Los otros trócares de trabajo se colocaron bajo visión directa. Se traccionó suavemente la vesícula y se disecó a nivel del bacinete, se introdujo la clipera y se colocaron clips en la arteria y el conducto cístico; posteriormente se seccionaron dichas estructuras. Después de haber clipado y seccionado el conducto cístico y la arteria, se despegó la vesícula de su lecho mediante una disección con un gancho monopolar. Luego de completar la liberación de la vesícula se hizo hemostasia y se lavó el lecho vesicular y el hígado. Posteriormente se retiró la vesícula por el orificio del ombligo. Reporte quirúrgico.

Cuenta de gasas al inicio: 20 Cuenta de gasas al final: 20

Cuenta de compresas al inicio: 10 Cuenta de compresas al final: 10

Anexo quirúrgico.

Estudio de servicios auxiliares de diagnóstico (si lo hubo): BH con leucocitosis, PCR de 9 mg/l y ultrasonido que mostró la presencia de tres pólipos intraluminales de 6 mm de diámetro.

Descripción de tratamiento(s) durante el transoperatorio (si lo hubo): No aplica.

Transfusiones: No aplica. Sangre: No aplica. Plasma: No aplica. Líquidos: No aplica.

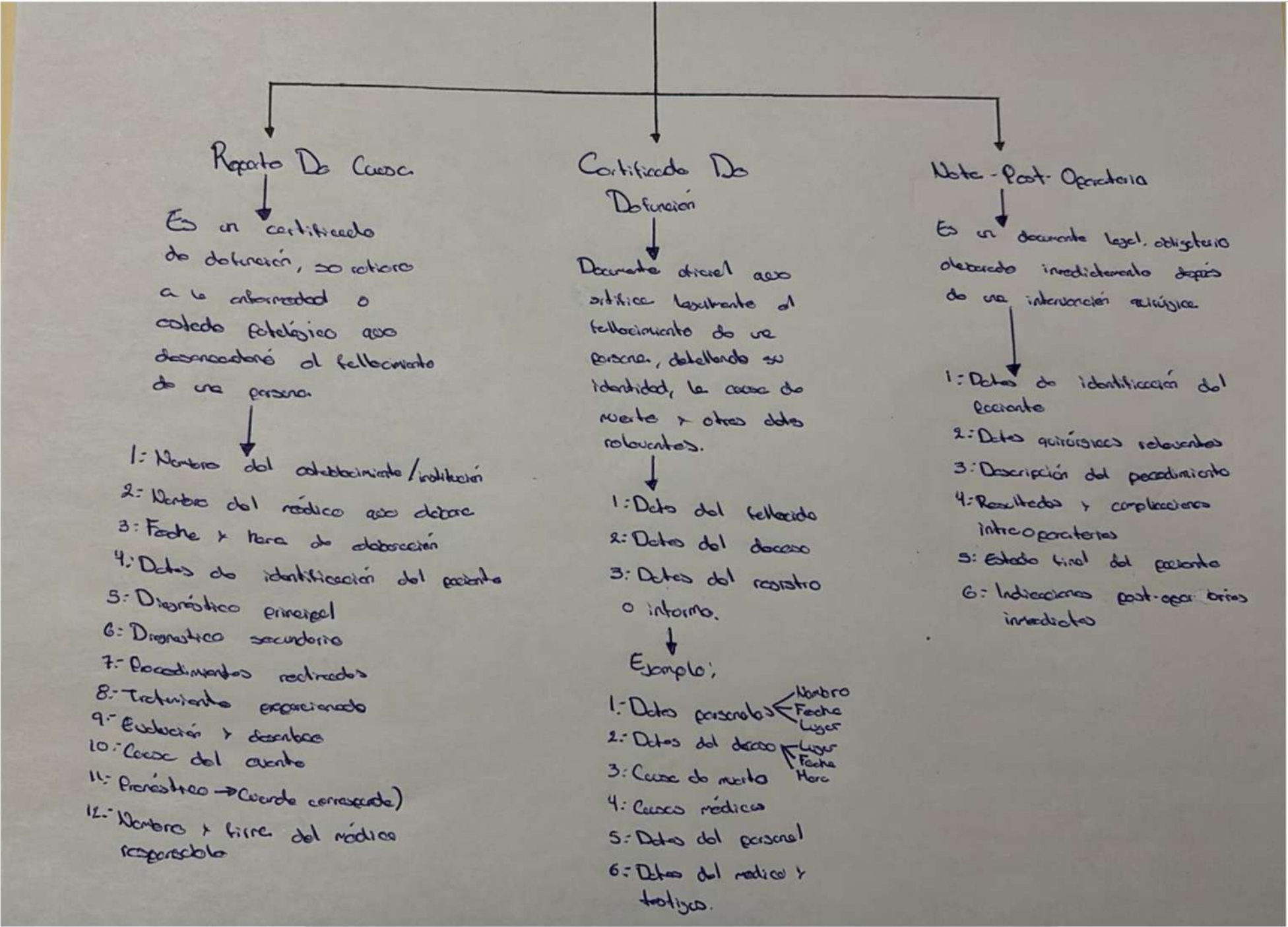
Personal quirúrgico.

Médico Cirujano: Gustavo Adolfo Gutiérrez Martínez.

1er ayudante: Hazel Montaña Vargas. 2do ayudante: Ma. Fernanda Vargas Morales.

Anestesiólogo: Karla García Callejas. Instrumentista: José Jaime Bernal Téllez.

Enfermero Circulante: Rosa Guerrero López.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017 FOLIO

PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN, SOLO LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1_ Mujer <input type="radio"/> 2_ Se ignora <input type="radio"/> 3_	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1_ No <input type="radio"/> 2_ Se ignora <input type="radio"/> 3_
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1_ Otra <input type="radio"/> 2_ → Especifique _____	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 3_	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6_ Viudo(a) <input type="radio"/> 2_ Casado(a) <input type="radio"/> 5_ En unión libre <input type="radio"/> 4_ Divorciado(a) <input type="radio"/> 3_ Soltero(a) <input type="radio"/> 1_ Se ignora <input type="radio"/> 9_
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____	10.1 Tipo de vivienda _____	10.2 Nombre de la vivienda _____
10.3 Núm. Exterior _____	10.4 Núm. Interior _____	10.5 Tipo de asentamiento humano _____
10.6 Nombre del asentamiento humano _____	10.7 Código Postal _____	10.8 Localidad _____
10.9 Municipio o delegación _____	10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1_ Primaria <input type="radio"/> 3_ Secundaria <input type="radio"/> 5_ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7_ Profesional <input type="radio"/> 8_ Posgrado <input type="radio"/> 10_ Se ignora <input type="radio"/> 99_
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1_ Incompleta <input type="radio"/> 2_	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1_ No <input type="radio"/> 2_ Se ignora <input type="radio"/> 3_	Se ignora <input type="radio"/> 99_

BIBLIOGRAFÍAS

SECRETARÍA DE SALUD. (2012, 15 DE OCTUBRE). NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN.

BICKLEY, L. S. (2021). GUÍA DE EXPLORACIÓN FÍSICA E HISTORIA CLÍNICA (13.^a ED.). WOLTERS KLUWER.

DOF - DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (N.D.). [HTTPS://DOF.GOB.MX/NOTA_DETALLE_POPUP.PHP?CODIGO=5272787](https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787) BRENES, I. M. (2022, JULY 22). ALTA VOLUNTARIA DEL PACIENTE. MANUALES CLÍNICOS. [HTTPS://MANUALCLINICO.HOSPITALUVROCIO.ES/PROCEDIMIENTOS-GENERALES-DE-ENFERMERIA/ATENCION-AL-PACIENTE/ALTA-VOLUNTARIA-DEL-PACIENTE](https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/procedimientos-generales-de-enfermeria/atencion-al-paciente/alta-voluntaria-del-paciente)