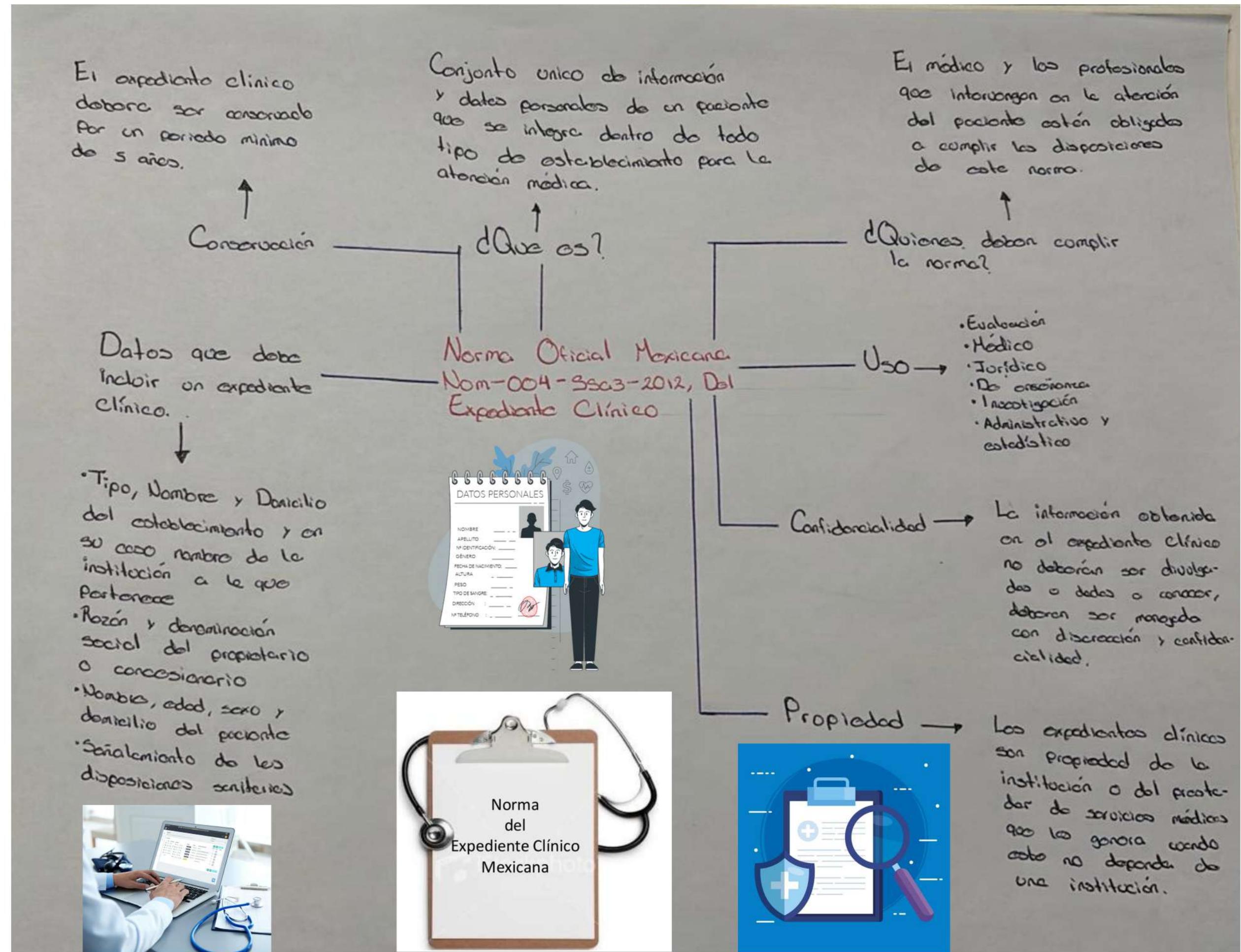


## MAPA CONCEPTUAL DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO NOM-004-SSA3-2012

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

Comitán de Domínguez, Chiapas 10 De Septiembre Del 2025.



## 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 Pases 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 ilíaca derecha

Tiempo de enfermedad: 5 días

Signos y Síntomas: Dolor de fosa ilíaca 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 ilíaca 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.

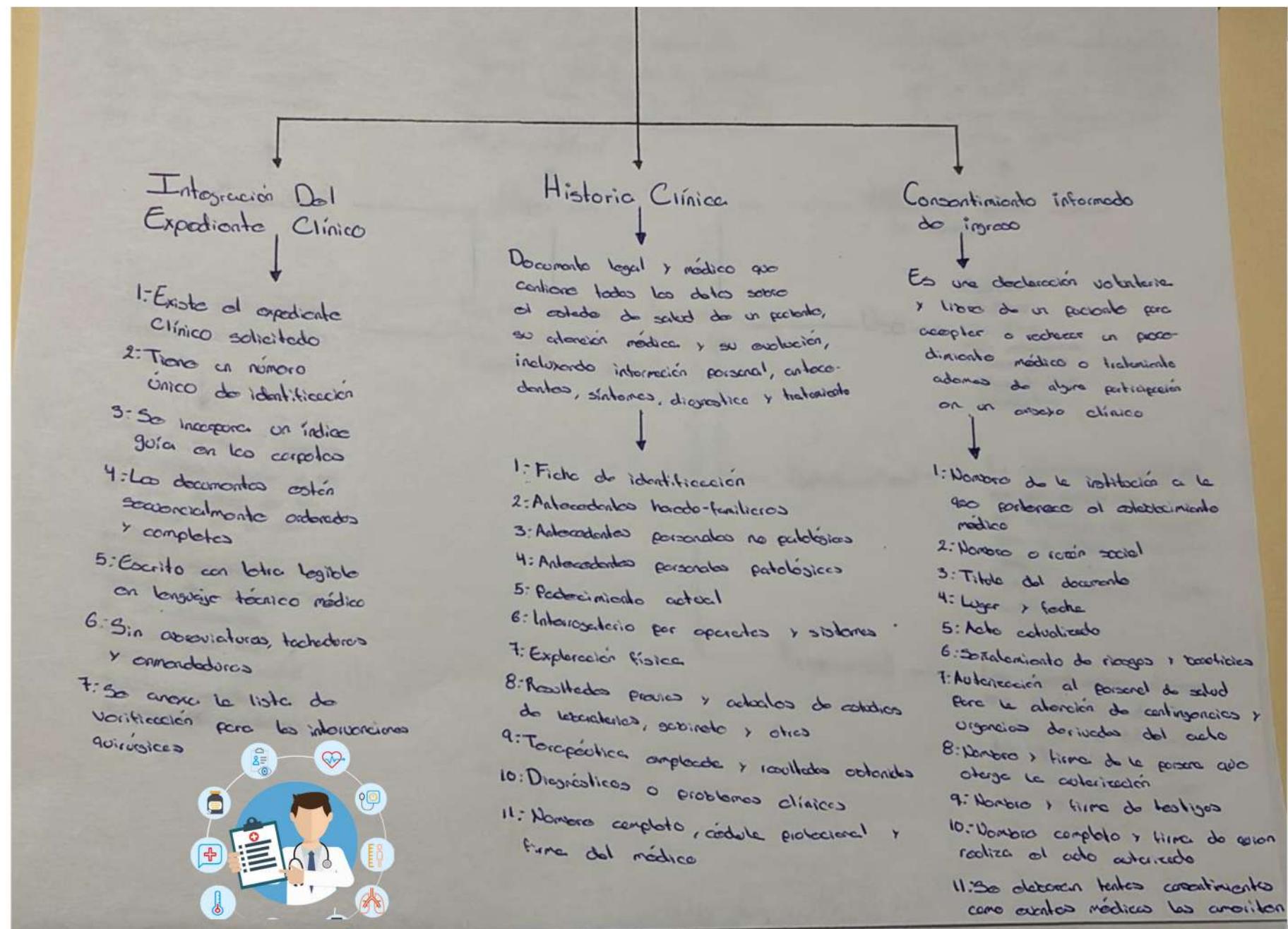
### Funciones biológicas:

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

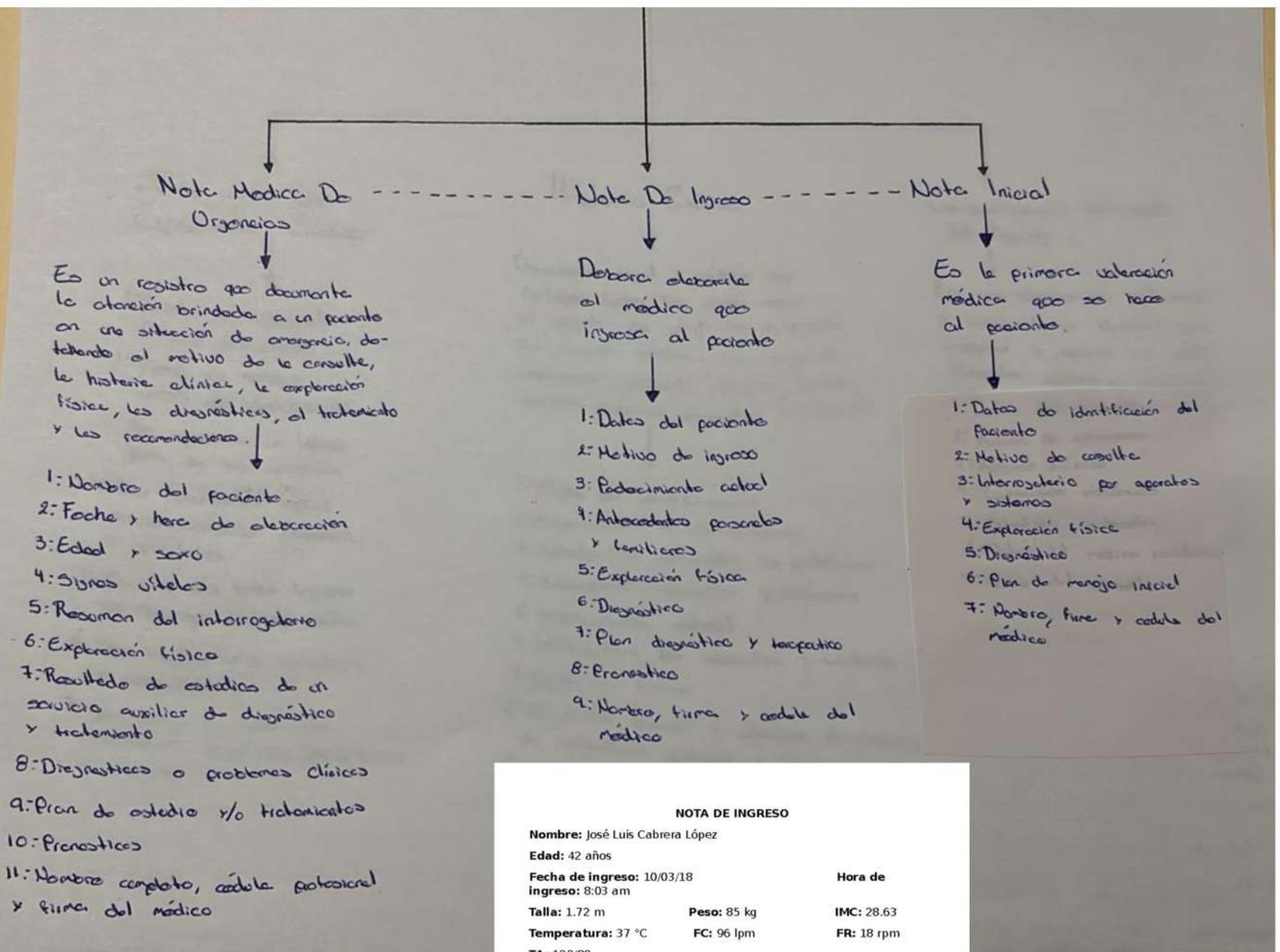
### NOTA MEDICA DE URGENCIAS

FECHA Y HORA	TALLA	PESO	TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	GLUCOSA
Márs, 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:	DIAGNOSTICO	COMPLEMENTOS DX
FEMENINO DE 56 AÑOS REFIERE EL DÍA DE HOY A LAS 05:10 HRS. PRESENTA FIEBRE, Y HEMORRAGIA Y DOLOR UTERINO	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 médica continua	TRATAMIENTO IBUPROFENO 400 MG, 1 SOLUCIÓN SALINA Y HIERRO, PERMANECE EN OBSERVACIÓN EN ÁREA DE URGENCIAS HASTA DISMINUIR HEMORRAGIA Y ESPASMODOS.

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



**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 heredofamiliares 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 colecistocinéticos 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 panículo adiposo, ruidos hidroáreos 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 colecistectomía para hoy en la tarde.

, vendaje SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO  
CENTRO DE SALUD "SIGLO XXI"  
JURISDICCIÓN 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 integros, 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.

Fecha y Hora: 17 - 05 -  
2017 14:09

Sexo: Masculino  
Nombre Completo:  
Sebastián Trujillo Rodríguez  
Número Paciente: 151153

Folio Admisión: 329843  
Piso/Sala: Quinto piso  
Expediente: 561372  
Edad: 23 años 9 meses 6 días  
Habitación: 2115

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

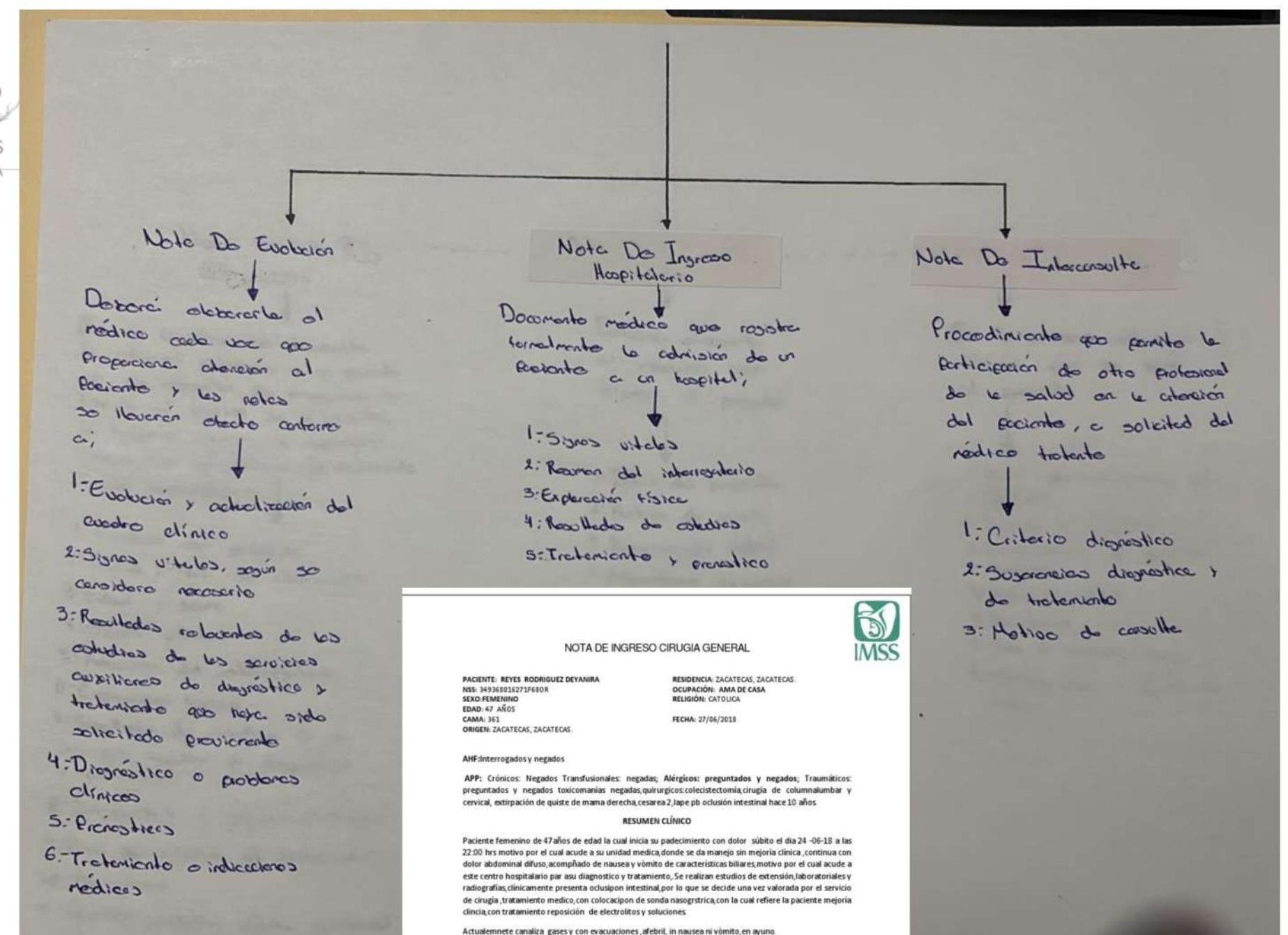
Paciente masculino de 23 años de edad con los siguientes diagnósticos:

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 INGRESO CIRUGÍA GENERAL**

**IMSS**

**PACIENTE:** REYES RODRIGUEZ DEYANIRA  
NIS: 349360102776808  
SEXO: FEMENINO  
EDAD: 47 AÑOS  
CAMA: 361  
ORIGEN: ZACATECAS, ZACATECAS.

**RESIDENCIA:** ZACATECAS, ZACATECAS.  
**OCCUPACIÓN:** AMA DE CASA  
**RELIGIÓN:** CATÓLICA  
**FECHA:** 27/06/2018

**ANF:** Interrogados y negados

**APP:** Crónicos: Negados Transfusiones: negadas; Alérgicos: preguntados y negados; Traumáticos: preguntados y negados toxicomanías negadas, quirúrgicos: colectectomía, cirugía de columna lumbar y cervical, extracción de quiste de mama derecha, cesárea 2, lape pb oclusión intestinal hace 10 años

**RESUMEN CLÍNICO**

Paciente femenina de 47 años de edad la cual inicia su padecimiento con dolor súbito el dia 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 su 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, sin náusea ni vómito, en ayuno.

**Signos vitales:** TA: 120/80 FC: 80 FR: 19 Temp: 37.4°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 ritmicos, de buen tono e intensidad, sin agregados aparentes, abdomen, blando, depresible, peristaltia presente, sin datos de irritación peritoneal por el momento, extremidades, derecha integra sin datos de edema, con buena coloración pulsos presentes sin datos de alteración, extremidad izquierda integra sin edema, sin datos de alteración.

**LABORATORIALES** 21-04-18: HB:14.5, HCT: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 RICG 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: \_\_\_\_\_

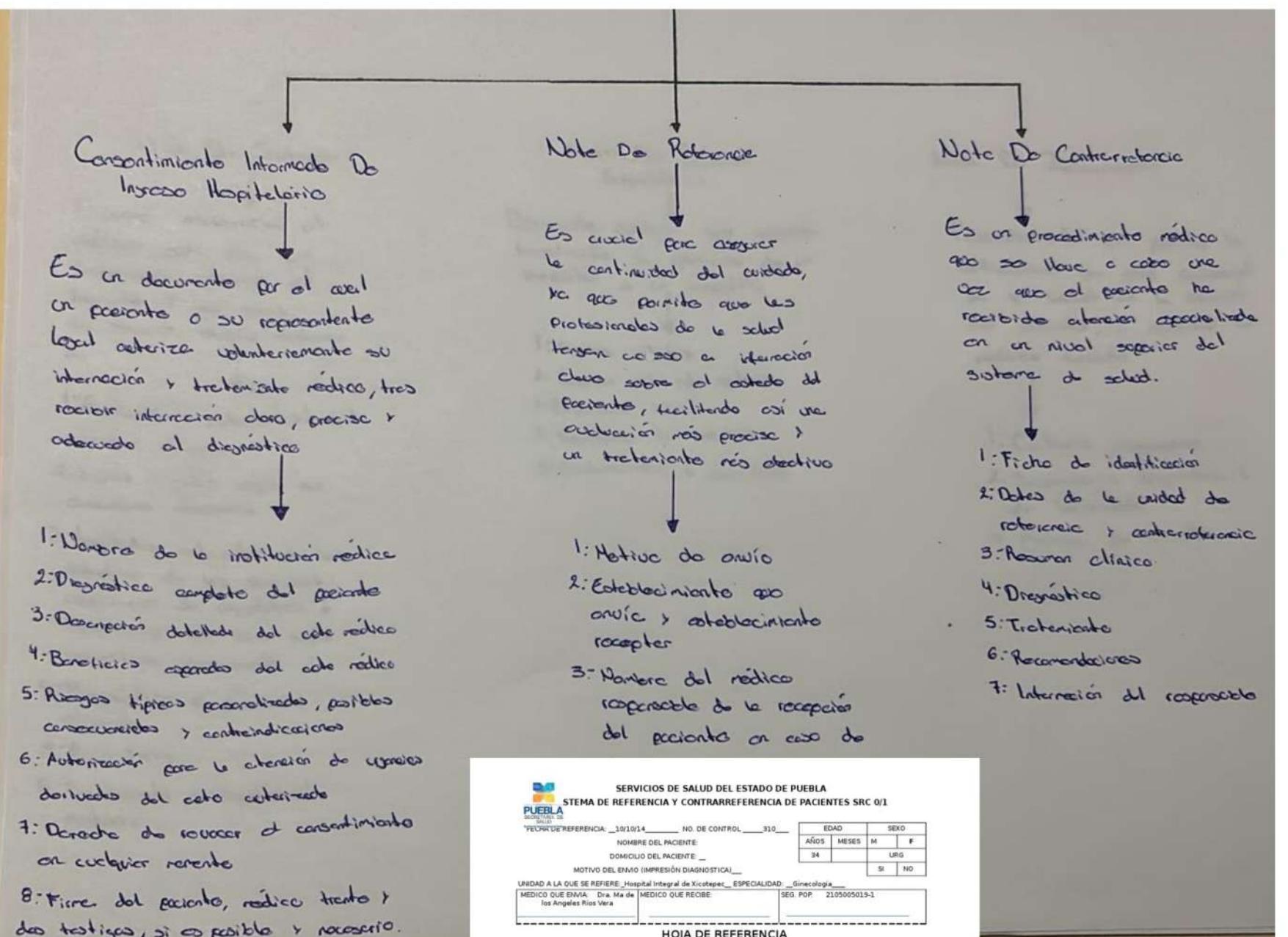
Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Signo sintomatología: \_\_\_\_\_

Odontólogo evaluador: \_\_\_\_\_

Firma y sello: \_\_\_\_\_

 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS</b>	Unidad Médica	
	Nombre	
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN DEL INGRESO HOSPITALARIO</b>		Número de Seguridad Social
<b>CON FUNDAMENTO EN REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ARTÍCULOS 80, 81, 82, 83 Y LA NOM-004-SSA3-2012. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1</b>		Edad:
<b>Servicio</b>		Lugar y fecha
<p>Yo _____</p> <p><b>Nombre (s) del paciente, Familiar o Representante Legal</b></p> <p>Expreso mi libre voluntad para autorizar para el ingreso hospitalario señalado en este documento después de haberme proporcionado información completa sobre mi enfermedad y estado actual, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente en un lenguaje claro y sencillo, informándome sobre los posibles riesgos, complicaciones y secuelas, de igual forma los beneficios.</p> <p>El médico me informó la existencia de procedimientos alternativos, el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestó los riesgos y beneficios del procedimiento o intervención. Con el propósito de que mi atención sea adecuada, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.</p> <p>Otorgo mi autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto médico señalado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.</p>		
<b>Ingreso Hospitalario</b>		<b>Electiva</b> <input type="checkbox"/> <b>Urgente</b> <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico(s) de ingreso:</b>		
<b>Plan terapéutico propuesto</b>		<b>Medico</b> <input type="checkbox"/> <b>Quirúrgico</b> <input type="checkbox"/>
<b>Riesgos más frecuentes:</b>		
<b>Beneficios:</b>		
<b>Nombre completo y firma del paciente, familiar, tutor o persona legalmente responsable</b>		<b>Nombre completo y firma del testigo</b>
<b>Nombre completo, matrícula y firma del médico tratante</b>		<b>Nombre completo y firma del testigo</b>



 <b>SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA</b> <b>ESTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES SRC 0/1</b>	
<b>PUEBLA</b> <small>SECRETARIA DE SALUD</small>	
<b>FECHA DE REFERENCIA:</b> <u>10/10/14</u> <b>NO. DE CONTROL:</b> <u>310</u>	
<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> _____	
<b>DOMICILIO DEL PACIENTE:</b> _____	
<b>MOTIVO DEL ENVOY (IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA):</b> _____	
<b>UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:</b> <u>Hospital Integral de Xicotepec</u> <b>ESPECIALIDAD:</b> <u>Ginecología</u>	
<b>MÉDICO QUE ENVIA:</b> <u>Dra. Ma. de los Angeles Rios Vera</u>	<b>MÉDICO QUE RECIBE:</b> _____ <b>SEG. POP.:</b> <u>2105005019-1</u>

GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

**• FOLIO:**

### Referencia y Contrarreferencia

---

**I**

1. FECHA DE REFERENCIA \_\_\_\_\_ 4. N.º DE CONTROL \_\_\_\_\_

2. NOMBRE DE LA O EL PACIENTE \_\_\_\_\_

3. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ 6. DOMICILIO DE LA O EL PACIENTE \_\_\_\_\_

7. NÚMERO DE TELÉFONO DE LA O EL PACIENTE \_\_\_\_\_

8. N.º EDAD	9. GÉNERO
AÑOS	M F

10. MOTIVO DE ENVÍO \_\_\_\_\_ 11. DIAGNÓSTICO PRESUNCIÓN \_\_\_\_\_

12. URGENCIA SI NO \_\_\_\_\_

13. UNIDAD A LA QUE SE REFIERE \_\_\_\_\_ 14. ESPECIALIDAD O SERVICIO \_\_\_\_\_

15. PERSONAL DE SALUD QUE REFIERE: \_\_\_\_\_ 16. CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA \_\_\_\_\_

---

GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

**• FOLIO:**

### Hoja de Referencia

---

20. Fecha \_\_\_\_\_ 21. N.º de control \_\_\_\_\_ 22. Clasificación Socioeconómica \_\_\_\_\_ 23. URGENCIA SI NO \_\_\_\_\_

**II**

24. NOMBRE DE LA O EL PACIENTE \_\_\_\_\_

APellido PATERNO	APellido MATRINO	NOMBRE(S)
------------------	------------------	-----------

25. FECHA DE NACIMIENTO DE LA O EL PACIENTE \_\_\_\_\_ 26. NÚMERO DE TELÉFONO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

27. NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE \_\_\_\_\_ 28. PARENTESCO \_\_\_\_\_

29. NÚMERO DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ 30. EDAD \_\_\_\_\_ 31. SEXO \_\_\_\_\_

---

**III**

32. UNIDAD QUE REFIERE \_\_\_\_\_

---

**IV**

33. UNIDAD A LA QUE SE REFIERE \_\_\_\_\_

34. DOMICILIO \_\_\_\_\_

CALLE	NÚMERO	COLONIA
-------	--------	---------

35. SERVICIO AL QUE SE ENVÍA \_\_\_\_\_

36. NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA \_\_\_\_\_

---

**V**

37. MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): T.A. \_\_\_\_\_ TEMP. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_  
F.C. \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ ESCALA DE GLASGOW \_\_\_\_\_ SILVERMAN \_\_\_\_\_

38. LLENADO CAPLAR \_\_\_\_\_

39. PADECIMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_

40. EVOLUCIÓN \_\_\_\_\_

41. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE \_\_\_\_\_

42. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

---

43. NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD \_\_\_\_\_

44. NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE SALUD QUE REFIERE \_\_\_\_\_



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 MEDICO 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:

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

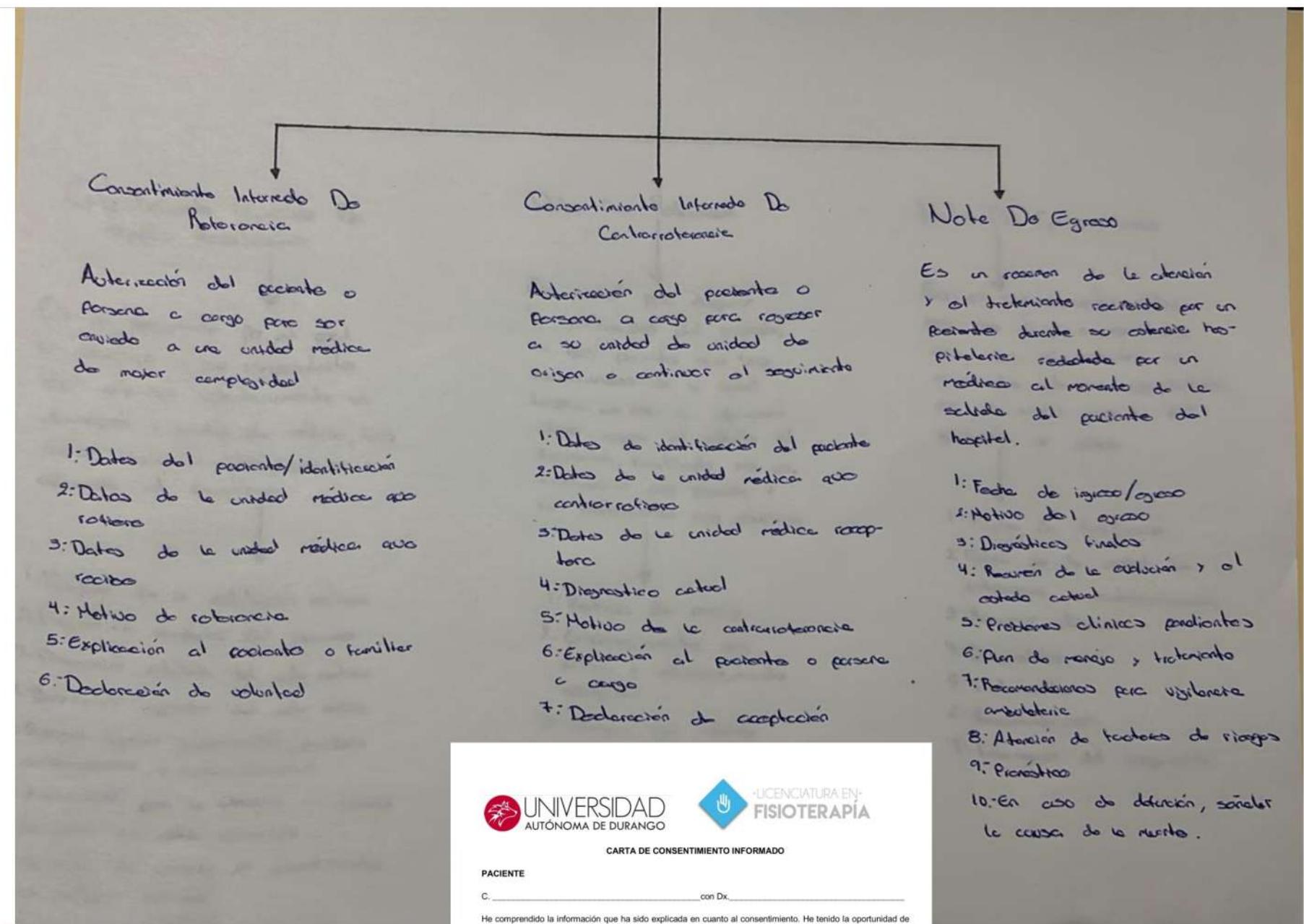
SOY CONSCIENTE DE LA POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN EN CASOS COMO ESTE, EL QUE ESTOY ACEPTANDO, POR LO CUAL ESTOY DE ACUERDO EN QUE SE TOME LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA MI MEJORÍA Y/O SOLUCIÓN.

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

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE DURANGO**

**LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PACIENTE**

C. \_\_\_\_\_ con Dx. \_\_\_\_\_

He comprendido la información que ha sido explicada en cuanto al consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi examen, valoración y tratamiento. Firmando abajo consiento que se me aplique el tratamiento que se me ha explicado de forma simple y comprensible. Entiendo que tengo el derecho de rehusar parte o todo el tratamiento en cualquier momento. Entiendo un plan de tratamiento que ha sido tratado por un fisioterapeuta colegiado y/o estudiante de último año en esta disciplina. Y entiendo que puedo negar mi consentimiento en cualquier momento del tratamiento. Declaro no encontrarme en ninguno de los casos de las contraindicaciones específicas por el fisioterapeuta. Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se me van a realizar. Asimismo declaro, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los tratamientos que se me han informado.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE FAMILIAR O TUTOR**

Ante la imposibilidad de C. \_\_\_\_\_ de prestar autorización para los tratamientos explicitados en el presente documento de forma libre, voluntaria, y consciente. C. \_\_\_\_\_ en calidad de (padre, madre, tutor legal, familiar, allegado, cuidador), dejo, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad libre, voluntaria y consciente a la técnica descrita para los tratamientos explicitados en el presente documento.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**FISIOTERAPEUTA**

Fisioterapeuta / Estudiante de la Licenciatura en Fisioterapia de la Universidad Autónoma de Durango Campus Ensenada en la Clínica de Fisioterapia de la UAD de Ensenada, Baja California, declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la realización de los tratamientos explicitados en el presente documento y declaro haber confirmado, inmediatamente antes de la aplicación de la técnica, que el paciente no incurre en ninguno de los casos contraindicación relacionados anteriormente, así como haber tomado todas las precauciones necesarias para que la aplicación de los tratamientos sea correcta.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES EN  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SE  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GRIAL"  
DIRECCIÓN DE  
DIRECCIÓN

JUAN DE LEÓN VIGARIO, HENEDINERA 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 relevará 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 (incluir 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 DAYCI AZALIA GARCÍA MÉNDEZ CON DIAGNÓSTICO DE CELUÍTIS / INFECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS, DIABETES MELLITUS TIPO 1 DESCONTROLADA Y DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO (PSEUDO-HIPONATREMIA MODERADA AGUDA NORMOCLOREMICA, HIPOVOLÉMICA HIPONOSMOLAR), 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

NOMBRE Y FIRMA

### FAMILIAR RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

### TESTIGO

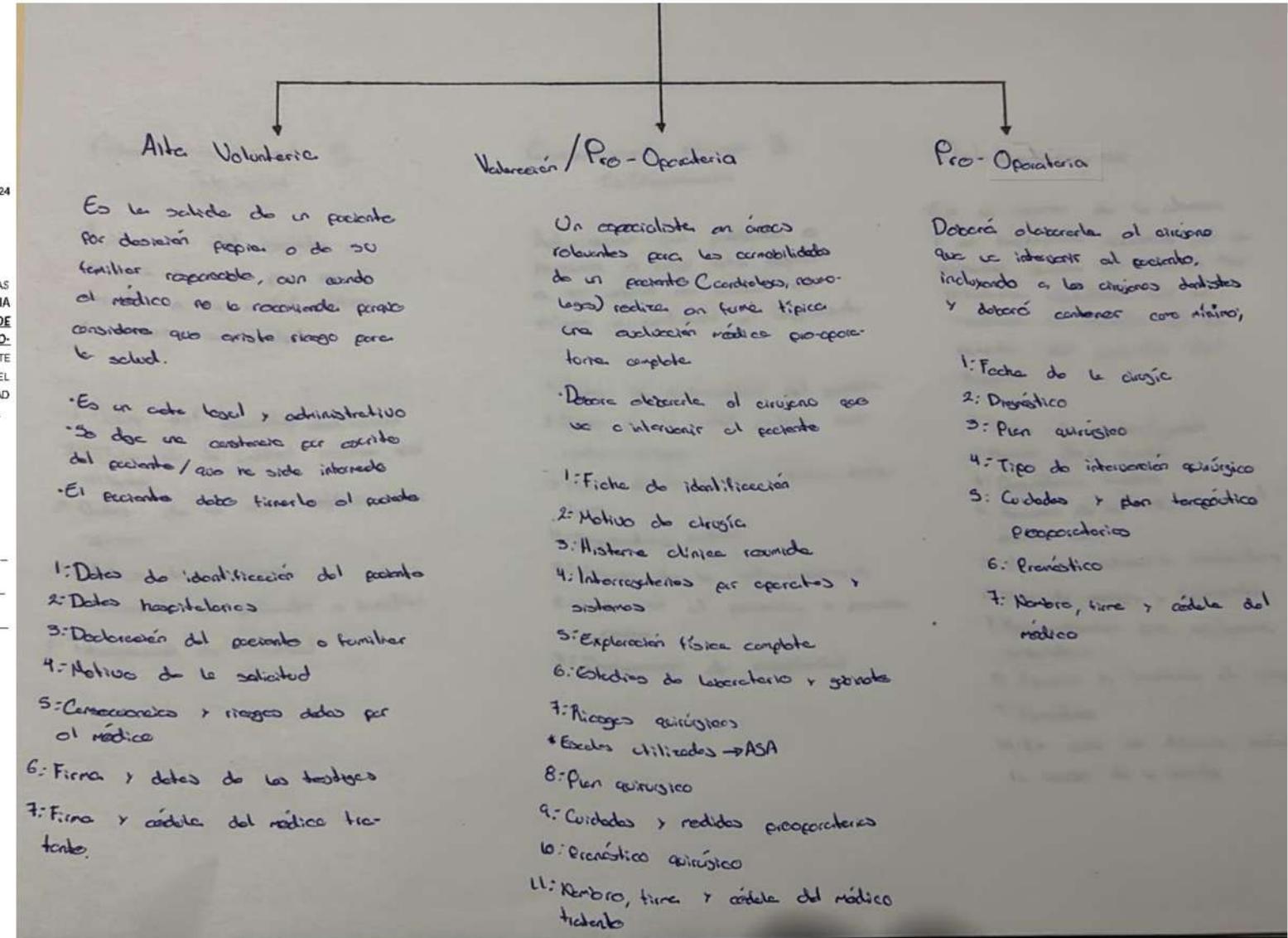
NOMBRE Y FIRMA

### TRABAJO SOCIAL

NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA

### MÉDICO TRATANTE

NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA



### VALORACION PREOPERATORIA POR MEDICINA INTERNA

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SEXO:
JUAN DE LOS SANTOS VAZQUEZ	73 AÑOS	MASCULINO
402022		CAMA: 318-1

FECHA: 6-12-18 HORA 14:30HRS

MASCULINO 73 AÑOS DE EDAD, INTERNADO A CARGO DE TRAUMATOLOGÍA, SE SOLICITA VALORACION PREOPERATORIA PARA INTERVENCIÓN PARA RECONSTRUCCIÓN Y REMODELACIÓN MANO DERECHA.  
TIENE ETILISMO Y TABAQUISMO OCASIONALES DURANTE 50 AÑOS, SUSPENDIDO HACE 5 AÑOS. EXPOSICIÓN A BIOMASA DE MANERA CRÓNICA DURANTE TODA SU VIDA. DESCONOCE GRUPO Y RH. NIEGA ENFERMEDADES CRÓNICAS, ALÉRGICAS, CIRUGIAS PREVIAS, TRAUMATISMOS PREVIOS O TRANSFUSIONES.

A LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE HALLA NEUROLOGICAMENTE INTEGRAL, NO FOCALIZA CUELLO SIN INGUARACIÓN YUGULAR. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS DE BUENA INTENSIÓN SIN ALTERACIONES. VENTILACIÓN CON BUENA ENTRADA DE AIRE, SIN ESTERTORES NI DIFICULTAD RESPIRATORIA. SATUR. 97% CON OXÍGENO AMBIENTE. ABDOMEN DEPREISIBLE SIN MIGRAJAS NI IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES INTEGRALES SIN DATOS DE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA.  
SVT TA 130/70 FC 75 X FR 18 X T 36C  
HB 112, 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 ANTEROPERSTORIAL SIN CARDIOMEGALIA, CON DATOS DE EPOC POR HORIZONTALIZACIÓN DE ESPACIOS INTERCOSTALES. EKG SINUSAL FC 75 X, EJE ELECTRICO +30° PR 0.12S, QRS 400MS. CON DATOS DE SOBRECARGA SISTOLICA DE CAVIDADES (ZQUIERDAS CON DISCRETA ISQUEMIA INFEROLATERAL).

GOULDMAN II, ASA II, DETSKY I, CAPRINI 5 PTS.

SE RECOMIENDA:  
MEDIDAS DE HIGIENE PULMONAR Y NEBULIZACIONES A BASE DE IPRATROPIA Y SALBUTAMOL, USO DE ANTIHIPERTENSIVO TIPO ARA II (LOSARTAN 50MG CADA 24 HORAS) HASTA EL DÍA DE LA CIRUGÍA, VIGILANCIA DE CIRFRASTENSIONALES EN CASO DE MAYORES A 160MM HODGE, RETIRAR AMBULACIÓN, PONER VENTILACIÓN ORAL, USO DE VENDAJE COMPRENSIVO ANTEMBOLIA, HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR A DOSIS PROFILÁCTICAS PARA PREVENCIÓN DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR.

EN EL DÍA DE LA CIRUGÍA NO SOBRECARGAR DE LIQUIDOS, USO DE OXÍGENO TRANSPORATORIO Y MANTENER SATURACIÓN POR PULSÍXIMETRO MAYOR A 94%, MONITORIZACIÓN CARDIACA DE TRIPLE CANAL. SE RECOMIENDA ANESTESIA GENERAL BALANCEADA.

EN POSOPERATORIO USO DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR, MANEJO DEL DOLOR CON ANTES, PROFILAXIS ANTEMBOLIA Y DEAMBULACIÓN TEMPRANA.

DR DE LA ROCA MB / FUENTES R4MI

### 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:

Colectomía laparoscópica: bajo anestesia general, mediante 3-4 incisiones pequeñas en el abdomen. Se insertan puentes (tubos huecos) en las aperturas. Las herramientas quirúrgicas y una cámara con luz se colocan en los puentes. 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 puentes se cierran con suturas, clips quirúrgicos o pegamento. El procedimiento toma de 1 a 2 hrs. aproximadamente.

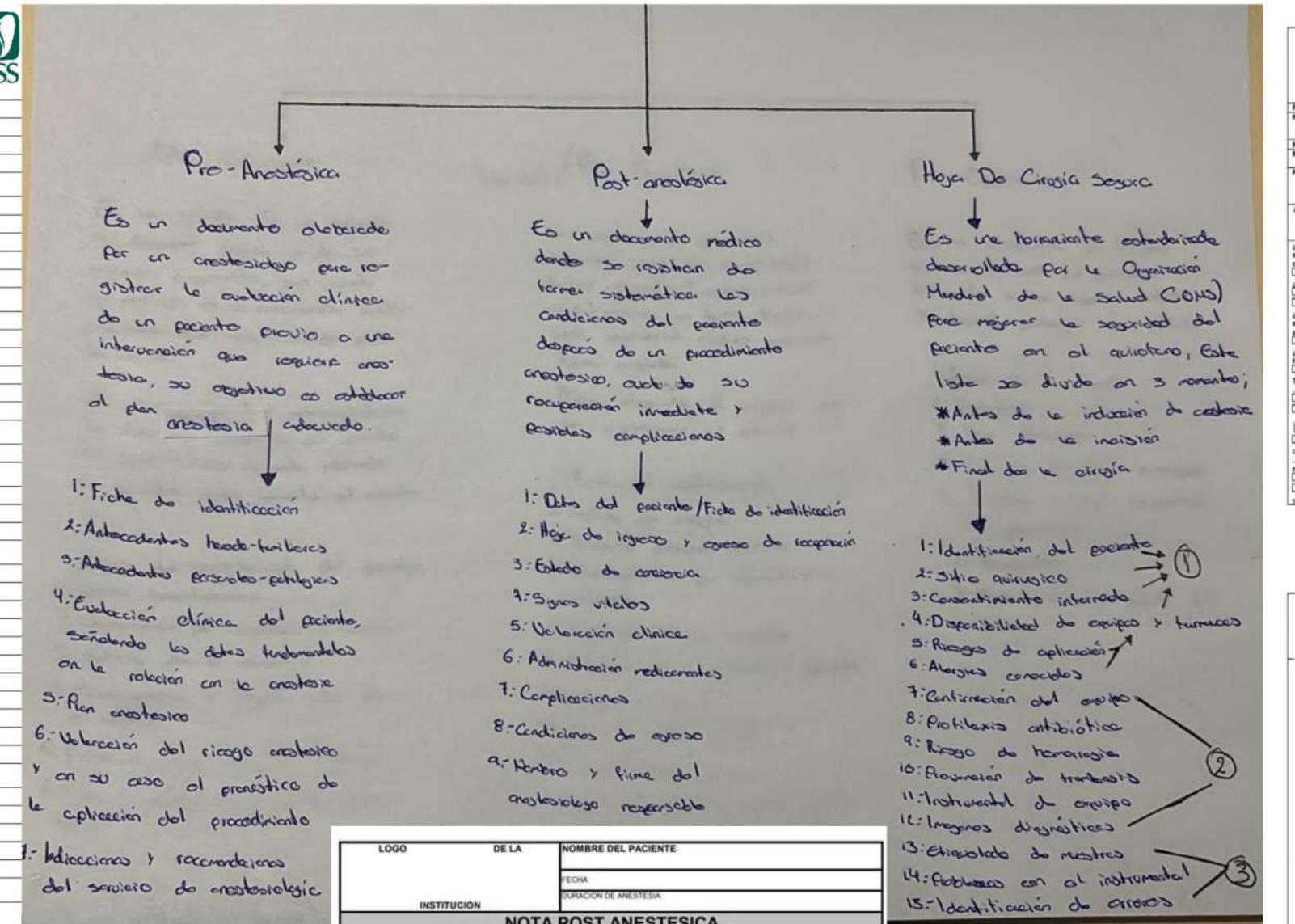
Tipo de intervención quirúrgica: Programada (X) Urgencia ( )

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 preopera

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

IMSS HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 PACHUCA					
VALORACION PREANESTESICA					
FECHA:	NSS:	EDAD:	SEXO:		
NOMBRE:	OCCUPACION:				
FECHA DE NAC:					
LUGAR DE ORIGEN:	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL:				
DIAGNOSTICO:					
CIRUGIA PROGRAMADA:	FECHA DE CIRUGIA:				
PESO:	TALLA:	SCT:	IMC:		
PRESIÓN ARTERIAL:	FC:	FR:	TEMP:		
SAT 02:					
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:					
DIABETES	HAS	CARDIOPATIAS	CANCER		
PORFIRIA	MASTENIA	HIPERTERMIA	ALERGIAS		
GRAVIS	MALIGNA				
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:					
ALERGIAS		CIRUGIAS			
ANESTESICOS		TRANSFUSION			
TABAQUISMO		ALCOHOLISMO			
TOXICOMANIAS		TRAUMATICOS			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:					
NEUROPATHIAS:		CARDIOPATIAS:	HEPATOPATIA		
NEFROPATHIA:		ENDOCRINOPATIAS	NEUROPATHIAS		
ARTROPATHIAS:		ANGIOPATIAS:	HEMORRAGIA		
S		S	S		
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:					
MENARCA:	MENOPAUSIA	CICLOS:	FUM:		
G:	P:	C:	A:		
PREECLAMPASIA:					
ECLAMPASIA:					
OTROS:					
METODOS ANTICONCEPTIVOS:					
SI	NO	PATOLOGIA	SI	NO	PATOLOGIA
ENDOCRINOS:			RESPIRATORIO:		
CARDIOVASCULAR:			HEMATOLÓGICO:		
INFECCIOSO:			NEUROLOGICO:		
MUSCULO ESQUELETICO:			REUMATOLÓGICO:		
GASTROHEPATICOS:			EJERCICIO:		
MEDICAMENTOS RECIENTES:			PROFILAXIS ANTIBIOTICA:		

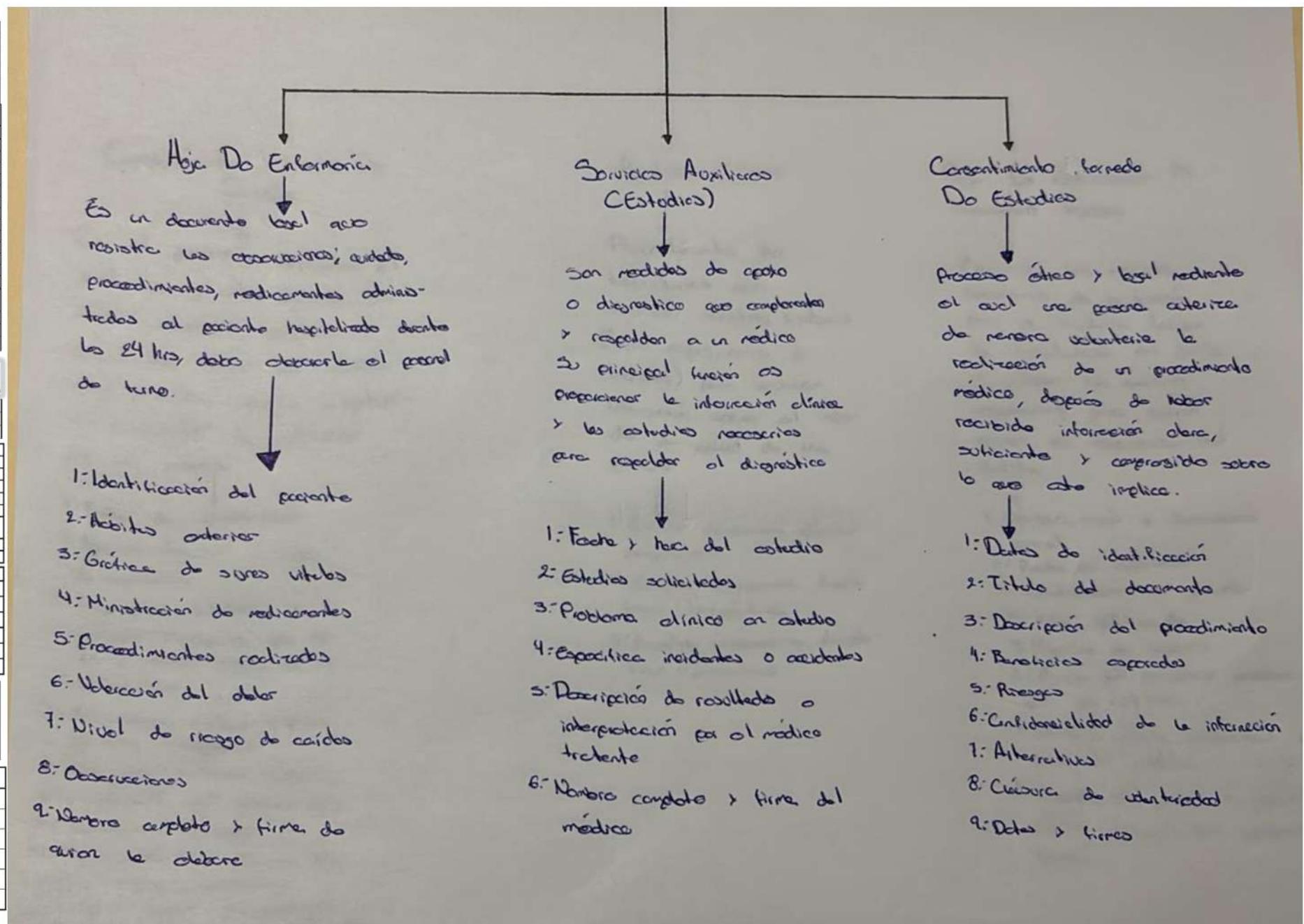


LOGO	DE LA	NOMBRE DEL PACIENTE	
INSTITUCION	FECHA	INFORMACION DE ANESTESIA	
		NOTA POST ANESTESICA	
TECNICA ANESTESICA Y FARMACOS EMPLEADOS			
SANGRE Y/O LIQUIDOS ADMINISTRADOS			
INCIDENTES Y/O ACCIDENTES SI NO			
PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO INMEDIATO			
SIGNOS VITALES A SU INGRESO A UCIA: TA FC FR SAT02			
ESCALA DE ALDRETE			
INDICE	DESCRIPCION	INGRESO	ALTA
		HORA	HORA
ACTIVIDAD	Máximo los 4 dormidos		
	Máximo los 2 dormidos		
	Máximo los 1 dormidos		
	Máximo los 1/2 dormidos		
RESPIRACION	Respiración normal		
	Respiración lenta		
	Respiración rápida		
CIRCULACION	TA normal o <10% del nivel preoperatorio		
	TA entre 10 y 20% del nivel preoperatorio		
	TA entre 20 y 40% del nivel preoperatorio		
	TA >40% del nivel preoperatorio		
CONCIENCIA	Conciencia normal		
	Conciencia alterada		
	Conciencia profunda		
SATURACION	Mantener más del 92% de SpO2 en aire		
	Mantener más del 92% de SpO2 en oxígeno		
	Requerir más de 100% para mantener SpO2 de 90%		
	SpO2 menor de 90% con incremento oxígeno		
TOTAL PUNTACION			
EVOLUCION Y ALTA POSTANESTESICA DE UCIA			
SIGNOS VITALES AL ALTA DE UCIA: TA FC FR SAT02			
CONTROL DE DOLOR POSTOPERATORIO			
ALTA DE ANESTESIOLOGIA			
HRS. POST ANESTESIA		SIGNOS VITALES TA PULSO RESP	
ESTADO DE CONCIENCIA: CONCIENTE		SOMNOLENTO	INCONCIENTE
CEFALIA		DIURESIS	DOLOR
DIURESES		EVOLUCION	DEAMBULACION
INDICACIONES DE ALTA:		SI NO	
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO ANESTESIOLOGO			

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL		DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS		Unidad Médica
LISTA DE VERIFICACION PARA CIRUGIA SEGURA, PROCEDIMIENTO CORRECTO				Lugar y fecha
Nombre completo del paciente		Fecha de nacimiento:		
No. de expediente	Diagnóstico	Anestesiólogo	Firma	
Procedimiento	Quirófano	Cuidados post quirúrgicos	Hemodinámica FBC	Urgencias CIEN Imagenología Hospitalización
1 2 3	ANTES DE LA INDICACION DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INDICACION DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA SALIDA DE CIRUGIA O TERMINO DE	
	O SEDACION	O SEDACION	CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA	
	ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA COMO MINIMO	ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA COMO MINIMO	Tiempo fuera (Pausa quirúrgica)	
	Registro de entrada		Antes de la salida de quirófano o término de	
			CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA	
			REGISTRO DE SALIDA	
Antes de confirmar el paciente, su identidad, el sitio quirúrgico y el procedimiento y su consentimiento:				
<input type="checkbox"/> Si ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Si ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> No procede				
<input type="checkbox"/> Si ha cumplido la comprobación de los signos vitales de anestesia y la medicación anestésica? <input type="				



Logo de la institución		Nombre del paciente:										Habitación/Cama																									
		Edad: _____					Sexo: _____					Hoja: _____																									
		Servicio: _____					Religión: _____					Número de expediente: _____																									
		Médico tratante: _____					Diagnóstico(s) médico: _____																														
		Alergias: _____										T. Sangre: _____																									
Fecha	DEH	7	9	11	13	15	17	19	21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	1	3	5												
40°	160																																				
39°	140																																				
38°	120																																				
37°	100																																				
36°	80																																				
35°	60																																				
FR																																					
T/A																																					
SPO2																																					
Dextrotox																																					
E Insulina																																					
Escalas de valoración																																					
Valoración del dolor		0 2 4 6 8 10										0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																									
Turno	Matutino	Vespertino					Nocturno					Matutino					Vespertino					Nocturno															
Horas																																					
Puntuación																																					
Valoración del riesgo de caídas (Crichton)																																					
Criterios de riesgo																																					
Calificación		Riesgo										Edad. Gral																									
Limitación física		M										V										Edad. Mental															
Estado mental alterado		N										M										Actividad										Movilidad				Incontinencia	
Tratamiento farmacológico que implica riesgo		2										2										4. Bueno										4. Total				4. Ninguna	
Problemas de idioma o socioculturales		2										2										3. Débil										3. Con ayuda				3. Ocasional	
Paciente sin factores de riesgo		1										1										2. Confuso										2. Sentado				2. Muy limitada	
Total		10										10										1. Muy malo										1. Estuporoso				2. Urinaria o fecal	
Riesgo	Alto	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N												
Alto	4 a 10																																				
Mediano	2 a 3																																				
Bajo	0 a 1																																				
Escala de Ramsey																																					
Nivel	Sintomatología	M	V	N	M	V	N																														
I	Agitado y/o ansioso																																				
II	Cooperador, orientado y tranquilo																																				
III	Dormido, responde a órdenes verbales																																				
IV	Somnoliento con breves respuestas a la luz y sonido																																				
V	Dormido con respuesta sólo al dolor																																				
VI	Sin respuesta																																				
Escala de Estado emocional																																					
Nivel	Contento	M	V	N	M	V	N																														
	Animado																																				
	Triste																																				
	Enojado																																				
	Angustiado																																				
	Otro:																																				
	Accompañado																																				
Turno Dieta Consumo																																					
Medicamento / Dosis / Vía / Horario	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N													
Dispositivos invasivos																																					
Fecha instalación																																					
Turno																																					
Observaciones																																					
Nombre de la institución																																					



UNIVERSIDAD MARIANO GALVEZ DE GUATEMALA  
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARTICIPACIÓN EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.**  
gado a las normas nacionales e internacionales avaladas por CIOMS OPS/OMS)

#### **Índice del protocolo:**

estigador principal: \_\_\_\_\_

de donde se realizará el estudio:

Nombre del voluntario:

usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como "Consentimiento Informado". Síntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto y le ayudé a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta

**CONTINUACION:**  
redacte brevemente en cada uno de los apartados en un lenguaje popular, no médico, accesible a todas las personas, los siguientes conceptos:

ESTIMACIÓN DEL ESTUDIO. (Resumen de socios y socias)

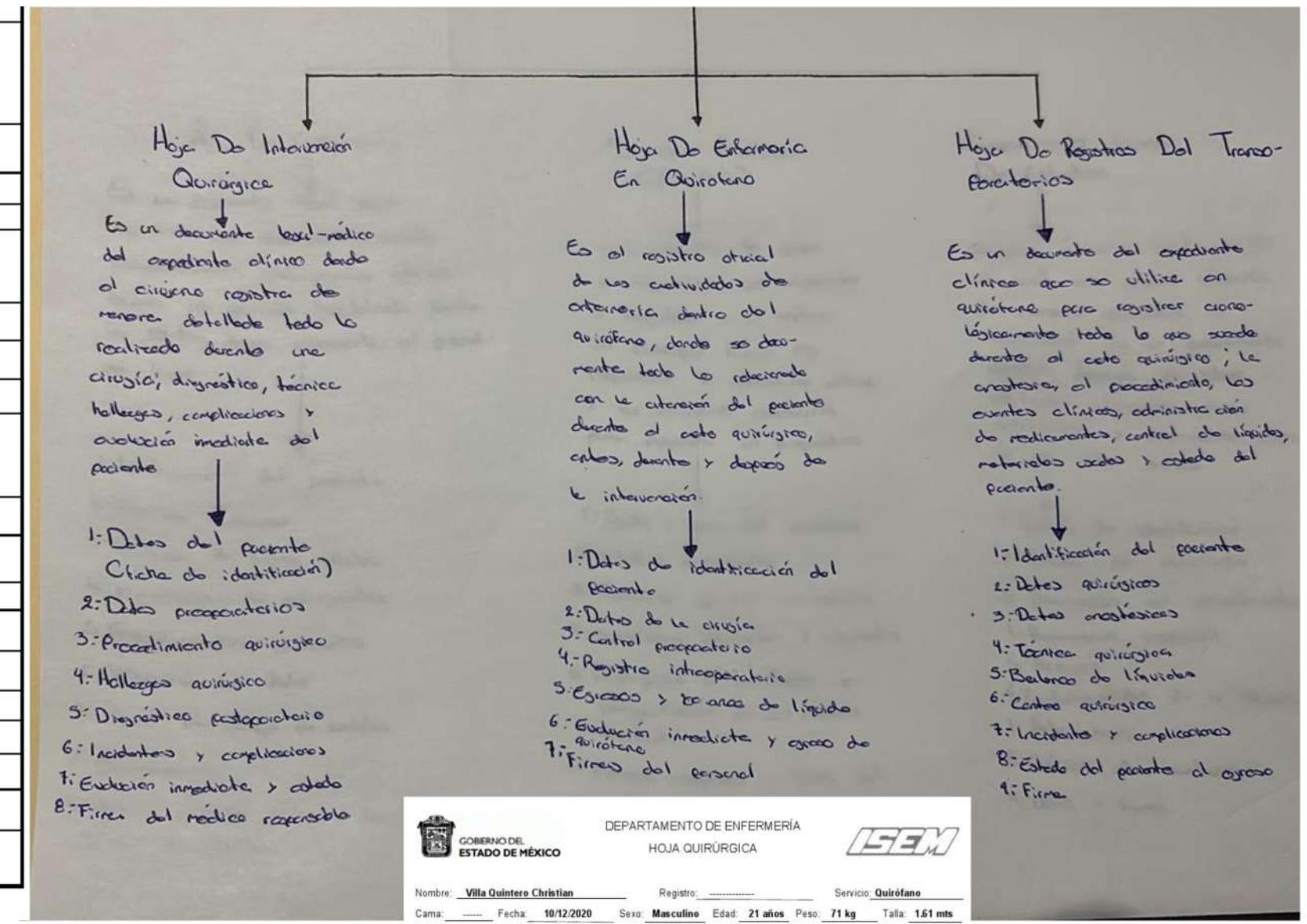
**OBJETIVO DEL ESTUDIO**  
usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos

La información deberá estar acotada en un lenguaje que sea claro para una persona sin conocimientos dícos, deberá detallar los objetivos y los resultados esperados)

## EFICACIA DEL ESTUDIO

aplicar brevemente los beneficios esperados. Si existen estudios anteriores o alternativos, aunque sean otros investigadores, se puede hacer referencia a ellos en este capítulo con la intención de ampliar la información. En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que..... en este estudio conocerá de manera clara si usted..... e estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido

<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS</b> 							
<b>UNIDAD MÉDICA HGZMF 2</b>							
<b>SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b>							
SERVICIO GINECOLOGÍA		CAMA					
Fecha de Solicitud	Fecha Solicitada	HORA DESEADA					
<b>SOLICITUD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b>							
Prioridad Alta	Prioridad Media	Prioridad Baja	( )				
Diagnóstico Preoperatorio							
Operación Planeada			ELECTIVA ( ) URGENCIA ( )				
SOLICITUD DE SANGRE		GRUPO	Rh	EN QUIRÓFANO	ML	EN RESERVA	ML
ANESTESIA PROYECTADA	LOCAL ( )	REGIONAL ( )	GENERAL ( )	JEFE DE SERVICIO			
TIEMPO ESTIMADO DE CIRUGÍA							
PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO							
DIA	HORA	SALA	JEFE DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA				
REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA							
Diagnóstico postoperatorio							
Operación realizada							
Ayudantes	1º	2º	3º				
Enfermera Especialista Quirúrgica	Enfermera Circulante						
Examen histopatológico transoperatorio solicitado: Otros estudios transoperatorios:							
Anestesia administrada:	Sangrado	Reporte de gasas compresas y instrumentos y suministros	Completo ( ) Incompleto ( )	Nombre del anestesiólogo:			
Nombre matrícula y firma de la enfermera especialista quirúrgica		Nombre matrícula y firma de la enfermera circulante		Nombre matrícula y firma de Médico anestesiología		Nombre matrícula y firma de Médico cirujano	



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
HOJA QUIRÚRGICA

Nombre: Villa Quintero Christian		Registro: _____	Servicio: Quirófano																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Cama: _____ Fecha: 10/12/2020		Sexo: Masculino	Edad: 21 años	Peso: 71 kg																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Alergia: Negadas		Diagnóstico: Herida por Arma de fuego																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Cirugía: LAPE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Hora</th> <th colspan="4">Signos vitales</th> <th colspan="4">Ingresos</th> <th colspan="4">Egresos</th> </tr> <tr> <th>T°</th> <th>Resp</th> <th>FC</th> <th>T/A</th> <th>SO2</th> <th>V. oral</th> <th>Sol. IV</th> <th>NPT</th> <th>H.O</th> <th>Send</th> <th>Otros</th> <th>Orina</th> <th>Evac.</th> <th>Succ</th> <th>So</th> <th>Otros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>14:45</td><td>34</td><td>128</td><td>80/60</td><td>91</td><td>2100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15:00</td><td>30</td><td>123</td><td>78/47</td><td>95</td><td>1000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15:15</td><td>24</td><td>128</td><td>75/47</td><td>95</td><td>300</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15:30</td><td>24</td><td>118</td><td>80/60</td><td>95</td><td>1000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15:45</td><td>24</td><td>118</td><td>80/60</td><td>95</td><td>1000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16:00</td><td>24</td><td>116</td><td>84/62</td><td>95</td><td>1000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16:15</td><td>24</td><td>119</td><td>87/64</td><td>95</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16:30</td><td>24</td><td>116</td><td>88/63</td><td>95</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16:45</td><td>24</td><td>110</td><td>87/62</td><td>95</td><td>1800</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17:00</td><td>24</td><td>111</td><td>90/61</td><td>95</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17:15</td><td>24</td><td>109</td><td>89/60</td><td>95</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17:30</td><td>24</td><td>113</td><td>93/60</td><td>95</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17:45</td><td>24</td><td>106</td><td>93/62</td><td>95</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18:00</td><td>24</td><td>103</td><td>93/60</td><td>95</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Hora	Signos vitales				Ingresos				Egresos				T°	Resp	FC	T/A	SO2	V. oral	Sol. IV	NPT	H.O	Send	Otros	Orina	Evac.	Succ	So	Otros	14:45	34	128	80/60	91	2100												15:00	30	123	78/47	95	1000												15:15	24	128	75/47	95	300												15:30	24	118	80/60	95	1000												15:45	24	118	80/60	95	1000												16:00	24	116	84/62	95	1000												16:15	24	119	87/64	95													16:30	24	116	88/63	95													16:45	24	110	87/62	95	1800												17:00	24	111	90/61	95													17:15	24	109	89/60	95													17:30	24	113	93/60	95													17:45	24	106	93/62	95													18:00	24	103	93/60	95																																																																																	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">INGRESO</th> <th colspan="3">EGRESO</th> <th colspan="3">BALANCE</th> <th colspan="12">Nombre de la enfermera</th> </tr> <tr> <th>PRE-OPERATORIO</th> <th>Medicamento</th> <th>Horario</th> <th>PRE-OPERATORIO</th> <th>Horario</th> <th>Observaciones</th> <th>TRANS-OPERATORIO</th> <th>Medicamento</th> <th>Horario</th> <th>TRANS-OPERATORIO</th> <th>Medicamento</th> <th>Horario</th> <th>Observaciones</th> <th>POSTOPERATORIO</th> <th>Medicamento</th> <th>Horario</th> <th>POSTOPERATORIO</th> <th>Medicamento</th> <th>Horario</th> <th>POSTOPERATORIO</th> <th>Medicamento</th> <th>Horario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRE-OPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>PRE-OPERATORIO</td> <td>Horario</td> <td>Observaciones</td> <td>TRANS-OPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>TRANS-OPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>Observaciones</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> </tr> <tr> <td>TRANS-OPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>TRANS-OPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>Observaciones</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> </tr> <tr> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>Observaciones</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> <td>POSTOPERATORIO</td> <td>Medicamento</td> <td>Horario</td> </tr> </tbody> </table>																	INGRESO			EGRESO			BALANCE			Nombre de la enfermera												PRE-OPERATORIO	Medicamento	Horario	PRE-OPERATORIO	Horario	Observaciones	TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	Observaciones	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	PRE-OPERATORIO	Medicamento	Horario	PRE-OPERATORIO	Horario	Observaciones	TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	Observaciones	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	Observaciones	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	Observaciones	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario																		
		Hora	Signos vitales				Ingresos				Egresos																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	T°		Resp	FC	T/A	SO2	V. oral	Sol. IV	NPT	H.O	Send	Otros	Orina	Evac.	Succ	So	Otros																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
	14:45	34	128	80/60	91	2100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	15:00	30	123	78/47	95	1000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	15:15	24	128	75/47	95	300																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	15:30	24	118	80/60	95	1000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	15:45	24	118	80/60	95	1000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	16:00	24	116	84/62	95	1000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	16:15	24	119	87/64	95																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	16:30	24	116	88/63	95																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	16:45	24	110	87/62	95	1800																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	17:00	24	111	90/61	95																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	17:15	24	109	89/60	95																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	17:30	24	113	93/60	95																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	17:45	24	106	93/62	95																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	18:00	24	103	93/60	95																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
INGRESO			EGRESO			BALANCE			Nombre de la enfermera																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
PRE-OPERATORIO	Medicamento	Horario	PRE-OPERATORIO	Horario	Observaciones	TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	Observaciones	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
PRE-OPERATORIO	Medicamento	Horario	PRE-OPERATORIO	Horario	Observaciones	TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	Observaciones	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	TRANS-OPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	Observaciones	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	Observaciones	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario	POSTOPERATORIO	Medicamento	Horario																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

CONCEPTO	PREOPERATORIO	TRANSOPERATORIO	POSTOPERATORIO
Estado de conciencia	ALERTA ESTUPOR	ALERTA ESTUPOR	ALERTA ESTUPOR
SOMNOLÉNCIA	COMA	COMA	COMA
DESORIENTADO	DESORIENTADO	DESORIENTADO	DESORIENTADO

**ISSSTE** Delegación en Baja California  
 Subdelegación Médica  
 HOSPITAL GENERAL "5 DE DICIEMBRE"  
 Subdirección médica  
 Coordinación de los Servicios de Enfermería

**Nombre del paciente:**

Edad. Sexo. Cedula.	Especialidad	Sala							
Diagnóstico preoperatorio.		Cirg./Prog./Urg.							
Cirugía a realizar:									
Med. Cirujano.	Ayudante.								
Med. Anestesiólogo.	Técnico.								
Enfra. Circulatorio.	Enfra. Instrumentista.								
Otro profesional. Esp.									
Hora Entrada a sala. Constantes Vitales: Temp. F.C. F.R. T/A P/O2									
Tipo de anestesia conducida. General / Sedación / Bloqueo / Mixto / Local		H/Inicio							
Cirugía Hora/ Inicio. H/Término	Salida/sala.	Destino/egreso.							
Ingresos de líquidos Trans-operatorios: Sol/Permeable No- Si. Tipo. p/ Hrs. F/P=		Cat= #							
Horas	Sol Parenteral	Hora	Medicamento	Hora	Sangre	Plasma	Otro	Orina	Total
Sal Irrigación									
Egresos de líquidos Trans-operatorios									
Horas	Diuresis	Sangrado	Dren	Evacuación	Aspirado	Otros	Total		
Balance de líquidos Total Ingresos Total Egresos Balance									
Observaciones de enfermería. Posición Utilizada Ropa Qta. Desechable / Textil/ Mixto. Látex Si-No									
Control específico	Inicia	Agrega	Final	Placa. Elect/Cauterio	No-Si Sitio				
# Gasa C/Trama	+			Antisepsia: No-Si Isodine Sol- Esp - Mrth - Jab/Qco - Alcohol					
#Compresa/vientre	+			Cat. Vesical. No-Si. Sol. Utí. Isodine/Esp./Jab-Qco./F9% / Agua B.D					
#P2s /Hoja Bisturi	+			Calibre. Hora Inst. Fecha					
#P2s / Aguja-Sutura	+			Acc. Vascular. No-Si. Cent. Tox -Pelv/Izq. Der. Cal #					
#P2s / Gasa /Aseo	+			Acc. Vascular. No-Si. Perif. Tox -Pelv/Izq. Der. Cal #					
#P2s	+			Drenes: No-Si Tipo/Urtica [s]					
#P2s	+			Espécimen para estudio: No-Si Laboratorio - Patología					
#P2s	+			Específico: Prot/Herida Qca (especificar)					
Cirugía efectuada:									
Notas.									
Notas.									
Nom. / Firma Enfermera Circulante									
Nom. / Firma Enfermera Instrumentista									

COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y  
HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD  
CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA  
INFORME MENSUAL DE LA DISPOSICIÓN DE CÉLULAS TRONCALES Y PROGENITORAS  
TRÁMITE: CNTS-01-002

Para ser llenado y firmado por el responsable sanitario del establecimiento

**Datos Generales**

Fecha en la que se elabora este informe (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mes y año que informa (MM/AAAA): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Razón social o denominación del establecimiento: \_\_\_\_\_

Calle y Núm. exterior e interior: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Entre qué ciudades se encuentra el establecimiento: \_\_\_\_\_

Delegación / Municipio: \_\_\_\_\_

Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Correo(s) electrónico(s): \_\_\_\_\_

Número de Licencia sanitaria: \_\_\_\_\_ Código único del establecimiento: \_\_\_\_\_

Perteneciente a: Secretaría de Salud Federal ( ) IMSS ( ) ISSSTE ( ) Servicios de Salud Estatales ( ) Pemex ( ) Secretaría de la Defensa Nacional SEDENA ( ) Secretaría de Marina SEMAR ( ) Privado ( ) Otro ( ) (Especifique) \_\_\_\_\_

**Sección A.- Disposición de unidades de células troncales y progenitoras obtenidas de sangre placentaria**

Ingresos durante el mes informado

1. Número de unidades de sangre placentaria colectadas: \_\_\_\_\_

a) Donación autóloga \_\_\_\_\_ b) Donación voluntaria o altruista \_\_\_\_\_ c) Donación designada \_\_\_\_\_

2. Número de unidades de células troncales y progenitoras procesadas y criopreservadas durante el mes para su resguardo en: \_\_\_\_\_

a) El establecimiento que informa \_\_\_\_\_ b) Otro establecimiento del país \_\_\_\_\_ c) En el extranjero \_\_\_\_\_

3. Número de unidades procesadas procedentes de otro establecimiento: \_\_\_\_\_

a) Del país \_\_\_\_\_ b) Del extranjero \_\_\_\_\_

**Consentimiento Informado para Transfusión de Componentes Sanguíneos:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Episodio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento  
Representante legal: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Con fecha \_\_\_\_\_ por medio del presente documento declaro que el médico \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_ me ha explicado completa y oportunamente todos los aspectos concernientes al procedimiento transfusional que me ha indicado y comprendo lo siguiente:

La terapia transfusional es una herramienta terapéutica que puede utilizar el equipo médico con el objeto de colaborar en el tratamiento y la recuperación de mi salud.

El médico ha sopesado el beneficio versus el riesgo que conlleva la transfusión.

Aun así, considerando todas las actividades que se realizan, cumpliendo normativas nacionales para llevar a cabo un procedimiento seguro, existen riesgos.

Las reacciones adversas observadas en nuestra clínica no superan el 2% y la gran mayoría de ellas son reacciones leves a moderadas, como fiebre, calofrios y rash urticarial que son rápidamente diagnosticadas y tratadas por el equipo clínico, sin embargo, de manera excepcional pueden haber reacciones graves que pueden poner en peligro la vida de un paciente y que requieren de tratamientos especiales.

DOY mi consentimiento informado y voluntario para que se me realice transfusión de componentes sanguíneos cuando mi condición de salud lo amerite.
NIEGO mi consentimiento para que se me realice una transfusión sanguínea. Se me ha informado y comprendo los riesgos asociados a mi rechazo y acepto toda la responsabilidad por esos riesgos.

Firma paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Firma médico: \_\_\_\_\_

Si el paciente no tuviese la facultad para otorgar un consentimiento informado o NO existiesen acompañantes que pudiesen realizar esta acción, yo \_\_\_\_\_ Rut \_\_\_\_\_ como médico tratante, tomo la facultad para tomar la decisión y autorizar la transfusión de componentes sanguíneos por mi paciente.

Firma médico: \_\_\_\_\_

**Revocación de Consentimiento Informado:**

Firma paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Firma médico: \_\_\_\_\_

Con Fecha: \_\_\_\_\_

**Transfusión De Unidades De Sangre**

**Consentimiento Informado De Transfusiones**

Es un documento legal y médico redactado o escrito por el paciente o su representante autorizado, de acuerdo a las leyes y normas de su país, que establece el consentimiento voluntario, informado y documentado de una persona para la administración de sangre o sus derivados.

1: Datos de identificación  
2: Título  
3: Descripción del procedimiento  
4: Beneficios esperados  
5: Riesgos y complicaciones posibles  
6: Alternativas de tratamiento  
7: Derechos del paciente  
8: Confidencialidad  
9: Crípticas de voluntad  
10: Datos y firmas

**Nota De Donación Y De Muerte Fetal**

Documento oficial utilizado en México para registrar los nacimientos, fallecimientos y nacimientos vivos. Es un certificado de defunción o acta de defunción, dependiendo del país, documento oficial que certifica la muerte de una persona.

1: Nombre completo  
2: Fecha de nacimiento  
3: Nacionalidad  
4: Estado civil  
5: Profesión o ocupación  
6: Domicilio

**Detalles del fallecimiento**

1: Fecha y hora de la muerte  
2: Lugar del fallecimiento  
3: Causa de muerte  
4: Modo o circunstancias del fallecimiento  
5: Nombre del médico que certificó la muerte  
6: Firmar y firmar de cada uno de los profesionales

**Documentos legales y administrativos**

1: Nombre de acta o acta  
2: Edad  
3: Estado civil  
4: Ocupación  
5: Entidad federativa

**DELL FALLECIDO**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

2. SEXO: Masculino ( ) Femenino ( ) Desconocido ( ) 3. NACIONALIDAD: Mexicano ( ) Extranjero ( ) Otro ( )

4. FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

5. EDAD GEMELADA: \_\_\_\_\_

6. PESO: \_\_\_\_\_

7. ESTADO CIVIL: Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) En unión libre ( ) Casado(a) ( ) Se ignora ( )

8. RESIDENCIA HABITUAL: \_\_\_\_\_

9. Ocupación habitual: \_\_\_\_\_

10. NOMBRE DEL SEGURO SOCIAL O AFILIACION: \_\_\_\_\_

11. LUGAR DE DEFUNCION: \_\_\_\_\_

12. NOMBRE DE LA UNIDAD PÚBLICA: \_\_\_\_\_

13. LUGAR DE DEFUNCION: \_\_\_\_\_

14. DISTRIBUICIÓN DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: \_\_\_\_\_

15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN: \_\_\_\_\_

15.1 HORA DE LA DEFUNCIÓN: \_\_\_\_\_

16. TIEMPO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE: \_\_\_\_\_

17. SE PRECINTÓ RECOPILADA: \_\_\_\_\_

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: \_\_\_\_\_

19. PARTE I: \_\_\_\_\_

20. PARTE II: \_\_\_\_\_

21. PARTE III: \_\_\_\_\_

22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: \_\_\_\_\_

23. SE DE DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE EN ESTADO FERIL: \_\_\_\_\_

24. EL INFORMANTE: \_\_\_\_\_

25. LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

26. LAS CAUSAS ANOTADAS DURANTE LA MUERTE: \_\_\_\_\_

27. LA MUERTE FUE: \_\_\_\_\_

28. LA MUERTE FUE: \_\_\_\_\_

29. LA MUERTE FUE: \_\_\_\_\_

30. LA MUERTE FUE: \_\_\_\_\_

31. LA MUERTE FUE: \_\_\_\_\_

32. LA MUERTE FUE: \_\_\_\_\_

33. LA MUERTE FUE: \_\_\_\_\_

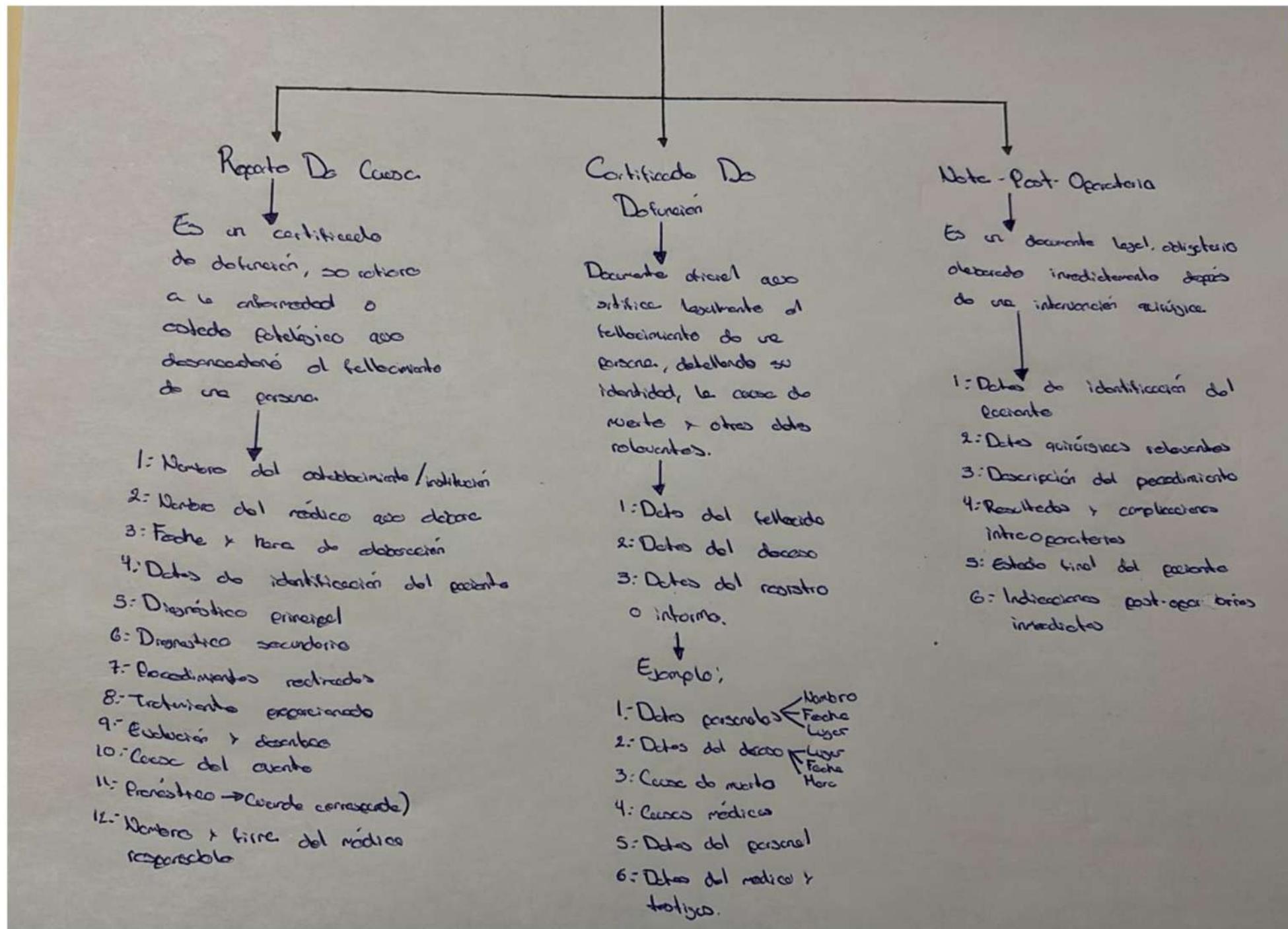
34. DATOS DEL INFORMANTE: \_\_\_\_\_

35. DATOS DEL CERTIFICANTE: \_\_\_\_\_

36. FECHA DE CERTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

37. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUICIO: \_\_\_\_\_

38. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: \_\_\_\_\_



### 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 CO<sub>2</sub> 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 insufacción de CO<sub>2</sub> 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 trocares de trabajo se colocaron bajo visión directa. Se traccionó suavemente la vesícula y se diseó a nivel del básculo, se introdujo la clipera y se colocaron clips en la arteria y el conducto cístico; posteriormente se seccionaron dichas estructuras. Después de haber clippado 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 gases al inicio: 20 Cuenta de gases 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 Montaño 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**

Modelo 2017  
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
SCALA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL  
PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Primer Apellido	Segundo Apellido										
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO										
Día Mes Año	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)										
5. CURP	6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD										
7. NACIONALIDAD	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>										
8. EDAD	8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA	
CUMPLIDA	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8.3 ESTADO CONYUGAL	8.4 EN UNIÓN LIBRE	8.5 SEPARADO(A)	8.6 VIUDO(A)	8.7 VIUDADO(A)	8.8 CASADO(A)	8.9 DIVORCIADO(A)	8.10 SOTERO(A)	8.11 SE IGNORA		
8.1 HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN	8										

## BIBLIOGRAFIAS

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.<sup>a</sup> ED.). WOLTERS KLUWER.

DOF - DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (N.D.). [HTTPS://DOE.GOB.MX/NOTA\\_DETALLE\\_POPUP.PHP?CODIGO=5272787](https://doe.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)