



MAPA CONCEPTUAL

Karla Alejandra de la Cruz Anzueto

Primer parcial

Medicina Interna

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago

Licenciatura en Medicina Humana

Quinto semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de Septiembre del 2025

EXPEDIENTE CLINICO

Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, ópticos, magneto - ópticos, y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias, y certificados correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

- Tiene un único número de identificación
- Se coloca índice guía en las carpetas
- Los documentos están secuenciados y ordenados
- Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico

1- Historia clínica

2- Notas médicas NU, NE, NT, NPE-O, NPE-A, NPO-Q, NPO-A

- Nota de urgencias (NU)
- Nota de evolución (NE)
- Nota de referencia y traslado (NT)
- Nota de interconsulta
- Nota preoperatoria (NPE-O)
- Nota preanestésica (NPE-A)
- Nota postoperatoria (NPO-Q)
- Nota postanestésica (NPO-A)
- Nota de egreso.

3- Hoja de enfermería

4- De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

5- Registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes.

6- Trabajo social

7- Carta de consentimiento informado

8: Hoja de egreso voluntario

9: Hoja de notificación al ministerio público

10: Nota de defunción y muerte fetal

11: Análisis clínicos.

HISTORIA CLÍNICA

Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado

Es el conjunto de documentos, en cualquier soporte, que registran la información y los datos sobre la salud - enfermedad de una persona y la actividad de los profesionales sanitarios en su atención.

- 1: Ficha de identificación
- 2: Antecedentes heredofamiliares
- 3: Antecedentes personales no patológicos
- 4: Antecedentes personales patológicos
- 5: Padecimiento actual
- 6: Interrogatorio por aparatos y sistemas
- 7: Exploración física (habitos exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, torax, abdomen, extremidades y genitales.)
- 8: Resultados previos y actuales de laboratorio, gabinete, y otros.
- 9: Terapéutica empleado y resultados obtenidos (medicamento, vías, dosis, periodicidad).
- 10: Diagnósticos o problemas clínicos
- 11: Nombre completo, cédula y firma del médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESOS

Documento legal y ético que se presenta al paciente para que comprenda y acepte voluntariamente un procedimiento o tratamiento médico o la participación en una investigación.

- 1- Identificación del paciente y unidad de salud
- 2- Información clara y detallada
- 3- Competencia y voluntariedad
- 4- Derechos y responsabilidades
- 5- Confidencialidad.
- 6- Posibilidad de revocar el consentimiento.
- 7- Firma del paciente y al menos 2 testigos.
- 8- Firma del médico.

NOTA DE INGRESO DE URGENCIAS

Registro de documento la atención brindada a un paciente es una situación de emergencia.

- 1- Datos de identificación
- 2- Fecha y hora
- 3- Motivo de la consulta
- 4- Padecimiento actual
- 5- Signos vitales
- 6- Exploración física
- 7- Estudios auxiliares
- 8- Impresión diagnóstica
- 9- Plan de tratamiento
- 10- Pronóstico.

NOTA DE ING. HOSPITALARIO

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente.

- 1: Ficha de identificación
- 2: Signos vitales
- 3: Resumen de interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso
- 4: Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tx.
- 5: Tratamiento y pronóstico.

NOTA INICIAL URGENCIAS

Documento médico que registra la atención proporcionada en una situación de emergencia o urgencias, reflejando la información del paciente, su estado de salud actual.

Deberá elaborarla el médico.

- 1: Ficha de identificación
- 2: Fecha y hora que se otorgan los servicios.
- 3: Signos vitales
- 4: Motivo de la atención.
- 5: Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso
- 6: Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de dx y tx que hayan sido solicitados.
- 7: Dx o problemas clínicos.
- 8: Tx y pronóstico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ING. HOSPITALARIO

- 1: Nombre de la institución a la que pertenece el establec.
- 2: Nombre, razón o denominación social del establecimiento.
- 3: Título del documento
- 4: Lugar y fecha de la emisión
- 5: Diagnósticos completos
- 6: Acto médico autorizado
- 7: Señalar los riesgos, beneficios, físicos del tratamiento o intervención, la duración y alternativas, si las hubiera, del acto médico al realizar
- 8: Acción terapéutico y en que consiste.
- 9: Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas
- 10: Nombre completo y firma del médico que proporciona la información.
- 11: Nombre completo, firma del paciente o huella digital de representante legal.
- 12: Nombre y firma de los testigos.

NOTA DE REFERENCIA

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia de resumen clínico con que se envía al paciente.

- 1: Ficha de identificación
- 2: Establecimiento al que se envía.
- 3: Establecimiento receptor.
- 4: Resumen clínico que incluirá como mínimo:
 - Motivo de envío
 - impresión dx (incluida abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas)
- 5: Terapéutica empleada, si la hubo.

NOTA DE INTERCONSULTA

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con:

- 1: Ficha de identificación
- 2: Criterios diagnósticos
- 3: Plan de estudios
- 4: Sugerencias diagnósticas y tratamiento
- 5: Fecha y hora que se otorgó el servicio
- 6: Signos vitales y motivo de la atención
- 7: Resumen del interrogatorio, exp. física y estado mental.
- 8: Resultados relevantes de servicios auxiliares.

9: Diagnóstico o problemas clínicos

10: Tratamiento y pronóstico.

NOTA DE CONTRAREFERENCIA

1: Datos del paciente

2: Unidad que contra referencia

3: Fecha de egreso o contrareferencia

4: Resumen clínico

5: Diagnóstico

6: Estudios de laboratorio y gabinete

7: Tratamiento aplicado

8: Recomendaciones para el seguimiento

9: Firma del profesional.

CONSENTIMIENTO INF. DE REFERENCIA / CONTRA

Se refiere a la información que se dará a un paciente sobre la transferencia de su atención a otro nivel.

1: Ficha de identificación

2: Diagnóstico

3: Intervención

4: Riesgos y beneficios

5: Alternativas

6: Necesidades de transferencia.

NOTA DE EVOLUCIÓN

Registro narrativo y sistemático elaborado por profesionales, para documentar los cambios y progreso de un paciente a lo largo del tiempo.

> URGENCIAS

- 1: Ficha de identificación
- 2: Evaluación y actualización del cuadro clínico
- 3: Signos vitales
- 4: Resultados relevantes de los estudios de servicio auxiliares de laboratorio
- 5: Diagnósticos y problemas clínicos.
- 6: Pronóstico
- 10: Tratamiento e indicaciones médicas
- 11: Nombre y firma del médico.

> HOSPITALARIA

- 1: Ficha de identificación
- 2: Evaluación y actualización del cuadro clínico.
- 3: Signos vitales
- 4: Resultados relevantes de estudio de laboratorio
- 5: Diagnóstico y problemas clínicos.
- 6: Pronóstico
- 7: Tratamiento e indicaciones médicas en el caso de medicamentos, señalando como mínimo las dosis, vía de administración y periodicidad.
- 8: Nombre y firma del médico.

NOTA DE EGRESO

Documento médico fundamental que resume la atención recibida de un paciente durante su hospitalización y detallando su estado clínico, cuidados proporcionados, tratamiento del alta, recomendaciones de seguimiento y condición de salud general.

El paciente es dado de alta de la unidad de salud.

- TIPOS
- Alta por mejoría • Alta voluntaria • Exitos
 - Alta por curación • Alta por fuga
 - Alta por transferencia • Alta por defunción.

- 1: Nombre del paciente
- 2: Edad y sexo
- 3: Fecha y hora de la elaboración
- 4: Signos vitales (Peso, talla, TIA, FC, FR, temperatura)
- 5: Fecha y hora de ingreso y egreso hospitalario
- 6: Días de estancia en la unidad
- 7: Se identifica si es reingreso por la misma afección en el año.
- 8: Diagnóstico de ingreso Principal y secundario
- 9: Resumen de la evolución y el estado actual
- 10: Manejo durante la estancia hospitalaria
- 11: Diagnóstico final
- 12: Fecha y hora de procedimientos realizados en su caso
- 13: Motivo de egreso
- 14: Problemas clínicos pendientes
- 15: Plan de manejo y tratamiento
- 16: Recomendaciones para vigilancia ambulatoria
- 17: Nombre completo, cédula y firma del médico.

ALTA VOLUNTARIA

Solicitud expresada que realiza un paciente o una persona responsable del paciente para abandonar el centro hospitalario, con pleno consentimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

CONFORME A LO DISPUESTO DE ART. 7º DEL REGLAMENTO
DE LA LEY GENERAL DE SALUD

Deberá elaborarla el médico.

1: Nombre y dirección del establecimiento.

2: Nombre del paciente

3: Fecha y hora del alta hospitalaria

4: Nombre completo, edad, parentesco y firma de quien solicita el alta voluntaria.

5: Resumen clínico. **Motivo del envío**

Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas).

Terapéutica empleada, si la hubo.

6: Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo.

7: En su caso, nombre completo y firma del médico.

8: Nombre completo y firma de los testigos.

CIRUGIA SEGURA

Actua como barrera para evitar o disminuir los errores humanos perioperatorios, que si bien ocurren de forma infrecuente, pueden tener consecuencias serias.

• FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- 1: Unidad hospitalaria
- 2: Fecha
- 3: Número de seguridad social
- 4: Nombre completo del paciente
- 5: Edad
- 6: Sexo
- 7: Cama (En caso de ser paciente ambulatorio ANB)
- 8: Procedimiento quirúrgico

• AL INGRESAR AL PACIENTE A LA SALA DE OPERACIONES.

- 1: Ha confirmado identidad del paciente, sitio qx, procedimiento y agono
- 2: Se ha marcado el sitio qx.
- 3: Se ha comprobado el funcionamiento de aparatos y medicación de anestesia.
- 4: Se ha colocado el pulioxímetro al paciente y funciona.
- 5: Tien el paciente alergias conocidas, vía aerea difícil/riesgo de aspiración, hemorragia.
- 6: Se ha adm. profilaxis antibiotica en los últimos 60 min.
- 7: Existe riesgo de enfermedad tromboembolítica.
- 8: Cuenta con carta de consentimiento informado.

• ANTES DE LA CIRUGIA.

- 1: Todos los miembros del personal se presentaron
- 2: Identidad del paciente, sitio qx y procedimiento.
- 3: Previsión de eventos críticos.
- 4: Anestesiólogo: Revisa si el px presenta algún problema específico.
- 5: Verificar la esterilidad del instrumental y material de cirugía.

- 6: Corroborar que la sala este equipada
- 7: Disponibilidad de estudio de imagen.

• ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA DE OPERACIONES

- 1: El personal de enfermeria confirma verbalmente y en voz alta:
 - Nombre del procedimiento
 - Reuento de instrumental (Gasas, compresas y agujas)
 - Etiquetado de las muestras de laboratorio y patología.
- 2: Todo el equipo : En caso de encontrarse aspectos críticos de la recuperación se anotará la causa inmediata a resolver.
- 3- Firma del equipo quirúrgico.
 - Enf- instrumentista
 - Enf- circulante
 - Cirujano
 - Anestesiólogo

NOTA PREOPERATORIA

Registro médico esencial que detalla la evaluación y preparación de un paciente antes de la cirugía.

- 1: Información del paciente Nombre completo, edad, sexo, f. nacimiento, grupo sanguíneo y datos de contacto, contacto de emergencia.
- 2: Fecha de la cirugía.
- 3: Diagnóstico.
- 4: Justificación quirúrgica.
- 5: Plan quirúrgico
- 6: Riesgos quirúrgicos
- 7: Cuidados preoperatorios.
- 8: Signos vitales
- 9: Peso y talla.
- 10: Pronóstico.
- 11: Nombre y firma del médico.
- 12: RICG, firma y matrícula.
- 13: MIP y matrícula.

VALORACIÓN PREOPERATORIA

- 1: Ficha de identificación
- 2: Historia clínica
- 3: Exploración física
- 4: Exploraciones complementarias
- 5: Evaluación de riesgo
- 6: Consentimiento informado
- 7: Plan de anestesia y postoperatorio.

NOTA PREANESTÉSICA

Documento médico que recopila la evaluación de un paciente por un especialista en anestesiología antes de una intervención quirúrgica o procedimiento.

1- Información del paciente Nombre completo, edad, sexo, fecha de nacimiento, grupo sanguíneo y datos del contacto.

2- Historia clínica detallada

3- Examen físico Evaluación del estado general de salud. Revisión de sist. cardiovascular y respiratorio. Evaluación de la vía aérea.

4- Pruebas diagnósticas

5- Signos vitales

6- Plan anestésico

7- Consentimiento informado.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Documento o formulario que se utiliza en el ámbito médico para registrar los detalles de una operación, incluyendo el dx, procedimiento a realizar, consentimiento informado.

- 1: Datos del paciente Nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, número de historia clínica o de seguridad social.
- 2: Datos del equipo qx Nombres completos.
- 3: Fecha y hora de la cx
- 4: Procedimiento anestésico Tipo de anestesia
Nombre del anestesiólogo
Riesgo anestésico
- 5: Procedimiento qx
- 6: Diagnósticos: Preoperatorio
Definitivo tras la intervención.
- 7: Descripción de la cx
- 8: Complicaciones
- 9: Suministro y materiales utilizados Cantidad
completa de inst.
- 10: Muestras tomadas Etiquetado
- 11: Evolución y seguimiento

NOTA POST OPERATORIA

Documento médico que el cirujano redacta inmediatamente después de una cx para dejar constancia de lo que se hizo, como lo hizo, que se encontró y como quedó el paciente.

Deberá elaborarlo el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada

- 1: Diagnóstico preoperatorio
- 2: Operación planeada
- 3: Operación realizada
- 4: Diagnóstico postoperatorio
- 5: Descripción de la técnica quirúrgica
- 6: Hallazgos transoperatorio
- 7: Reporte del conteo de gasas, compresas e instrumentos
- 8: Incidentes y accidentes
- 9: Quantificación de sangrado si lo hubo y transfusiones
- 10: Estudios de servicios auxiliares de dx y tx transopera.
- 11: Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante
- 12: Estado post- qx - inmediato
- 13: Plan de manejo y tx postoperatorio inmediato.
- 14: Pronóstico.
- 15: Envío de piezas o biopsias qx para examen macroscópico e histopatológico.
- 16: Otros hallazgos de importancia para el px
- 17: Nombre completo y firma del responsable de la cx

HOJA DE REGISTRO TRANSOPERATORIO

Documento legal y clínico que registra todos los eventos, cuidados y datos relevantes de un paciente en una cirugía.

- 1: Datos del paciente
- 2: Monitorización de signos vitales
- 3: Cuidados y procedimientos.
- 4: Administración de medicamentos.
- 5: Eventos perioperatorios.
- 6: Alergias y anestésicos.

HOJA DE ENFERMERIA EN QUIROFANO

- 1: Ficha de identificación del paciente
- 2: Registro de la cirugía y el equipo
- 3: Valoración y cuidados
- 4: Control de muestras y materiales
- 5: Incidencias y comunicación.

REGISTRO DE ANESTESIA

• DATOS DEL PACIENTE

Historial Médico

Pruebas complementarias

Estado de ayuno

Tratamiento y alergia

Clasificación ASA

• DATOS PREANESTÉSICOS

Firma del consentimiento informado

Evaluación preanestésica

Planificación y elección de la técnica anestésica

• DATOS INTRAOPERATORIOS

Signos vitales monitorizados

Administración de medicamentos y líquidos

Técnica anestésica utilizadas

Identificación del médico

Notas sobre la operación.

• DATOS POSTANESTÉSICOS

Duración de la anestesia

Balance hídrico

Plan de manejo y tratamiento

Estado clínico

Firma y nombre del especialista.

ANÁLISIS CLÍNICOS

Analiza o estudia muestras biológicas, como sangre, orina o tejido, realizado en un laboratorio para evaluar el estado de salud de una persona.

- Formato en el que se marcan los estudios a solicitar.
- Formato libre, en el que el médico escribe el estudio a solicitar.

HOJA DE NOTIFICACIÓN AL N. PÚBLICO

Documento oficial que informa sobre una situación o evento que requiere su intervención.

- 1= Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador.
- 2= Fecha de elaboración
- 3= Identificación del paciente
- 4= Acto notificado
- 5= Reporte de lesiones del paciente
- 6= Agencia o ministerio al que se notifica
- 7= Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

HOJA DE ENFERMERIA

- 1: Habitus exterior
- 2: Graficas de signos vitales
- 3: Administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía administrada
- 4: Procedimientos realizados
- 5: Observaciones.

SERVICIOS AUXILIARES

- 1: Fecha y hora del estudio
- 2: Identificación del solicitante
- 3: Estudio solicitado
- 4: Problema clínico en estudio
- 5: Resultados de los estudios.
- 6: Incidentes y accidentes
- 7: Identificación del personal
- 8: Nombre y firma del personal que informa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIOS

- 1: Nombre del paciente
- 2: Información del procedimiento
- 3: Información sobre el médico
- 4: Autorización del paciente
- 5: Firma del paciente
- 6: Nombre y firma del médico.

TRANSFUSIÓN DE U. DE SANGRE

- Datos del paciente
- Datos de la unidad de sangre
 - No de unidad
 - Tipo de anticoagulante y solución nutritivas
 - Volumen
 - Grupo ABO y factor RH
 - Resultado de pruebas cruzadas
 - Resultados negativos y pruebas serológicas
 - Fecha de extracción y caducidad de la unidad
- Procedimiento de transfusión.
 - Indicación de la transfusión
 - Número de unidades a transfundir
 - Tiempo requerido para transfundir.
 - Velocidad de administración
 - Equipo de transfusión.
- Monitorización y seguimiento
- Documentación
 - Consentimiento informado
 - Nombre, firma y matrícula de médico responsable.

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSFUSIÓN

- 1- Descripción del procedimiento
- 2- Indicación clínica
- 3- Beneficios esperados
- 4- Riesgos y efectos secundarios.
- 5- Alternativas.
- 6- Consecuencia de la no intervención
- 7- Preguntas y dudas
- 8- Derecho de la revocación
- 9- Nombre y firma del paciente.

NOTAS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL

- 1- Datos del fallecido
- 2- Causas de muerte
- 3- Datos del informante
- 4- Datos del certificador
- 5- Datos del registro civil

• MUERTE FETAL

- 1- Edad gestacional
- 2- Datos sobre embarazos anteriores
- 3- Información sobre la madre y el gestante.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

- 1- Datos del fallecido
- 2- Datos del deceso

Fecha y hora exacta del fallecimiento

Lugar donde ocurrió la muerte

Indicación de sistema de atención médica previa.

- 3- Causas de la muerte

- Parte 1: Se describe la secuencia de eventos que llevaron directamente a la muerte.

- Parte 2: Se registran otras condiciones patológicas que pudieran contribuir a la muerte.

- 4- Información del certificador

- 5- Información del solicitante

REPORTE DE CAUSA DE MUERTE

1= Identificación del fallecido

2= Datos de defunción

Fecha

Hora

Lugar de muerte

3= Datos del declarante

4= Datos estadísticos y demográficos

Lugar de residencia

Ocupación

Nivel de escolaridad

Si es afroamericano

Si habla alguna lengua indígena.

NOTA POST ANESTESICA

- 1: Datos del paciente y cirugía
- 2: Técnica y farmacos
- 3: Tiempo y monitorización
- 4: Condición del paciente
- 5: Monitorización continua
- 6: Proceso de recuperación
- 7: Plan de manejo
- 8: Firma del profesional.

CONSENTINIENTE INFORMADO EN CIRUGÍA

- 1: Identificación del paciente
- 2: Detalles del procedimiento
- 3: Conformidad del paciente
- 4: Fecha y hora
- 5: Firma del paciente
- 6: Riesgos y beneficios
- 7: Alternativas
- 8: Consecuencias
- 9: Cuidados postoperatorios.

Bibliografía

SALUD, S. D. (2012). *DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN*. Recuperado el 10 de SEPTIEMBRE de 2025, de NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787