



Mi Universidad

Expediente clínico

Adriana Janeth Sanchez Hernández

Primer parcial

Medicina interna

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago

Medicina humana

Quinto semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 10 de octubre del 2025

EXPEDIENTE CLÍNICO

D1 Integración del Expediente.

Es el proceso mediante el cual se conforma, organiza y conserva el expediente clínico, asegurando que toda la información del paciente este completa, ordenada, accesible y en cumplimiento con la normatividad.

1. Existe el expediente clínico solicitado.
2. Tiene un número único de identificación.
3. Se incorpora un índice guía en las carpetas.
4. Los documentos están secuencialmente ordenados y completos.
5. Escrito con letras legibles en lenguaje técnico médico.
6. Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras.
7. Se anexa la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas.

D2 Historia Clínica.

Documento inicial con los antecedentes y el estado actual del paciente.

1. Ficha de identificación
2. Tipo de interrogatorio *Directo, indirecto o mixto.*
3. Antecedentes heredo familiares.
4. Antecedentes personales no patológicos.
5. Antecedentes personales patológicos.
6. Antecedentes Gineco-obstétricos/Andrológicos.
7. Padecimiento actual.
8. Interrogatorio por aparatos y sistemas.
Aparato: Respiratoria, digestivo, cardiovascular, renal y urinario, Genital femenino/masculino, Endocrino, Hematopoyético y linfático, piel y anexos, músculo esquelético, nerviosa, órgano de los sentidos, esfera psíquica.
9. Síntomas generales
10. Exploración física (*Chabitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, torax, abdomen, extremidades y genitales*).
11. Inspección general.
 - Cabeza
 - Craneo
 - Codo
 - Oídos
 - Cuello
 - Torax
 - Glándulas mamarias
 - Abdomen.
 - Genitales externos
 - Extremidades
 - Exploración neurológica.

- 12 Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
- 13 Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)
- 14 Diagnósticos o problemas clínicos
- 15 Diagnósticos diferenciales
- 16 Pronóstico
- 17 Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.

03 Consentimiento Informado de Ingreso.

- Documento firmado por paciente o tutor legal y médico tratante, aceptado hospitalización y procedimientos necesarios.
- 1 Enunciado. (Nombre del hospital o institución, Servicio o área)
 - 2 Ficha de identificación.
 - 3 Datos del médico tratante (Nombre completo, cédula profesional y servicio)
 - 4 Motivo de ingreso
 - 5 Declaración de información y autorización.
 - 6 Datos del responsable legal (Nombre completo, parentesco e identificación oficial)
 - 7 Cláusula de negativo
 - 8 Firmas y validación.
 - Firma del paciente o representante legal
 - Firma del Médico tratante
 - Firma de testigo(s)

04 Nota Médica de urgencias.

Registro escrito en el expediente clínico que documenta la valoración inicial, manejo y evolución del paciente que acude a servicio de urgencias.

- Nota Inicial (Ingreso).

- 1 Ficha de identificación
- 2 Motivo de la consulta
- 3 Signos vitales
- 4 Exploración Física dirigida
- 5 Diagnóstico inicial
- 6 Tratamiento inmediato

05 Nota de Evolución

- 1 Existencia de nota médica por turno
- 2 Evolución y actualización de cuadro clínico
- 3 Respuesta al tratamiento
- 4 Resultados de estudios complementarios
- 5 Derivación médica

Nota de Ingreso Hospitalario.

Registro detallado de la valoración inicial del paciente cuando se decide su hospitalización.

Ficha de identificación

Antecedentes (heredo familiares, personales neoplasia y patológicos, ginecoobstétricos)

Padecimiento actual

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Exploración física

Estudios auxiliares iniciales

Diagnósticos

Plan terapéutico

Pronóstico

Nombre y firma del médico responsable.

7 Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario.

1 Encabezado

2 Ficha de identificación

3 Datos del médico tratante

4 Motivo de ingreso hospitalario

5 Declaración de información.

6 Datos del representante legal

7 Firmas

08 Interconsultas.

Documento médico legal en el que un especialista solicita la opinión, valoración o manejo de otro médico de diferente especialidad respecto a un paciente hospitalizado o en urgencias.

1 Fichas de identificación

2 Motivo de interconsulta

3 Resumen clínico

4 Impresión diagnóstica

5 Pregunta o solicitud al servicio consultado

6 Nombre y firma del médico solicitante.

D9 Nota de Referencia

Documento médico-legal que se elabora cuando un px requiere ser enviado a otra unidad médica de mayor capacidad resolutiva o a un servicio especializado.

- 1 Ficha de identificación.
- 2 Unidad que refiere
 - Nombre de la institución/unidad de salud
 - Servicio y médico remitente
 - Fecha y hora de la referencia.
- 3 Unidad receptora
 - Nombre de la institución/unidad a la que refiere
 - Servicio o especialidad solicitada.
- 4 Motivo de la referencia
- 5 Resumen clínico.
- 6 Diagnósticos (Presuntivos)
- 7 Tratamiento y manejo brindado
- 8 Estado actual del paciente al momento de la referencia
- 9 Nombre, firma y cédula del médico remitente.

D10 Nota de Contrareferencia.

Documento médico-legal mediante el cual se comunica el retorno del px a la unidad de origen después de haber sido atendido en un hospital o servicio de mayor complejidad.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Unidad que contrareferencia (origen)
- 3 Unidad que atendió al paciente (remitente)
- 4 Motivo de contrareferencia
- 5 Resumen clínico y evolución
- 6 Diagnósticos (definitivos)
- 7 Tratamiento y manejo actual
- 8 Recomendaciones y plan de seguimiento
- 9 Estado actual del px al momento de contrareferencia
- 10 Nombre, firma y cédula del médico que contrareferencia

D 11 Consentimiento Informado de Referencia.

Es el documento en el que se informa y autoriza su traslado a otra unidad médica de mayor complejidad.

Consentimiento Informado de Contrareferencia.

Documento en el que se informa y autoriza el regreso del px a la unidad de origen después de haber recibido atención especializada.

- 1 Encabezado
- 2 Ficha de identificación
- 3 Motivo del procedimiento
 - Para referencia: motivo del traslado a otra unidad.
 - Para contrareferencia: motivo del regreso a la unidad de origen.
- 4 Información proporcionada al paciente.
- 5 Declaración de comprensión y autorización
- 6 Datos del representante legal
- 7 Firmas

D 12 Nota de Egreso.

Documento Médico-legal que se realiza cuando un paciente finaliza su hospitalización, ya sea por alta médica, voluntaria.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Motivo de ingreso
- 3 Antecedentes relevantes
- 4 Resumen del padecimiento actual y evolución
- 5 Diagnóstico Principal y secundarios o comorbilidades.
- 6 Tratamiento recibido
- 7 Estado al egreso
- 8 Indicaciones al egreso
- 9 Destino del paciente
- 10 Nombre, firma y cédula del médico responsable.

D 13 Alto Voluntario.

Es cuando el paciente solicita dejar el hospital por su propia decisión, aún cuando el médico considere que aun necesita atención médica.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Motivo de alto voluntario.
- 3 Resumen clínico breve
- 4 Riesgos y advertencias explicados
- 5 Indicaciones al egreso.
- 6 Declaración del paciente
- 7 Firmas.

D 14 Nota Preoperatoria.

Documento médico-legal que se elabora antes de una intervención quirúrgica, donde se registran los datos clínicos relevantes.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Diagnósticos preoperatorio
- 3 Antecedentes relevantes
- 4 Exploración física dirigida
- 5 Estudios de laboratorio y gabinete preoperatorio
 - BH ● Tiempos de coagulación ● Rayos X Torax
 - Q5 ● Electrocardiograma ● Otros.
- 6 Valoración preanestésica.
- 7 Plan quirúrgico
- 8 Riesgos y beneficios explicados al px
- 9 Consentimiento informado de ex y anestesia
- 10 Firmas.

D 15 Nota Preanestésica

Registro escrito de la evaluación clínica previo a un procedimiento anestésico.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Motivo de valoración anestésica
- 3 Historial clínico dirigido
- 4 Exploración física dirigida
- 5 Resultados de laboratorio y gabinete
- 6 Clasificación del Riesgo anestésico
- 7 Plan anestésico
- 8 Consentimiento informado
- 9 Nombre, firma y cédulo del médico anestesiólogo

016 De Registro transoperatorio.

Documento médico-legal que forma parte del expediente clínico y que se consigna en forma cronológica, detallada y continua los eventos, maniobras y técnicas realizadas durante el acto quirúrgico.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Datos preoperatorios inmediatos
- 3 Tipo de anestesia
 - Regional
 - General
 - Local
 - Sedación
- 4 Descripción transoperatoria
- 5 Control del paciente durante el acto quirúrgico
- 6 Complicaciones y eventos adversos
- 7 Termina de procedimiento
- 8 Firmas y cedulas profesionales

Edo general del p^a antes de la inducción
Vía venosa, sondas, accesos, monitores instalados

017 Enfermería en Quirófano.

Es el documento que forma parte del expediente clínico y que consigna las actividades, cuidados y observaciones realizados por el personal de enfermería durante el acto quirúrgico.

- 1 Fichas de identificación
- 2 Valoración inicial de enfermería.
- 3 Funciones de la enfermera instrumentista.
- 4 Funciones de la enfermera circulante.
- 5 Durante el transoperatorio
- 6 Al finalizar la cirugía
- 7 Firmas.

018 De Intervención Quirúrgica.

Procedimiento médico invasivo que, mediante técnicas manuales e instrumentales, se realiza con el fin de diagnosticar, tratar o aliviar una enfermedad, lesión o otros. Registro detallado, cronológico y exacto del acto quirúrgico.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Tipo de anestesia
- 3 Descripción de la técnica quirúrgica
- 4 Incidentes y complicaciones transoperatorias
- 5 Resultados inmediatos de la intervención
- 6 Destino del paciente.
- 7 Firmas y cedulas profesionales.

1.1 Valoración preoperatoria.

Documento médico donde se registra el estudio clínico del paciente antes de la cirugía.

1. Ficha de identificación
2. Diagnóstico preoperatorio
3. Antecedentes y comorbilidades
4. Exploración física dirigida.
5. Estudio de laboratorio y gabinete
6. Riesgo quirúrgico y anestésico (ASA).
7. Plan quirúrgico y anestésico
8. Consentimiento informado.
9. Firmas de médico tratante, anestesiólogo y paciente.

2.0 Hoja de Registro del Anestesiólogo.

Es un documento de control donde se notan los eventos durante la cirugía.

1. Hora de inicio y término
2. Signos vitales periódicos
3. Líquidos administrados balance hídrico.
4. Medicamento y anestésicos usados.
5. Procedimientos realizados paso a paso.
6. Complicaciones intraoperatorias
7. Firmas del equipo quirúrgico.

3.0 Hoja de Cirugía Segura.

Formato basado en la OMS para reducir riesgos y errores quirúrgicos.

1. Confirmación de identidad del px
2. Procedimiento y sitio quirúrgico correcto.
3. Consentimiento informado firmado
4. Chequeo de equipos y material
5. Evaluación de riesgos anestésicos
6. Conteo de gases, instrumental y agujas
7. Confirmación final de procedimiento realizado
8. Firmas del equipo quirúrgico y anestésico.

4.0 Registro de Anestesia

Exclusiva del anestesiólogo, se documenta la técnica anestésica aplicada, medicamentos, dosis, tiempos y efectos, así como el monitoreo continuo.

1. Datos del px y tipo de cirugía
2. Técnica anestésica aplicada
3. Medicamentos administrados (dosis y hora)
4. Monitorización de signos vitales
(TA, FC, FR, SpO₂, EtCO₂)
5. Balance de líquidos
6. Complicaciones anestésicas
7. Firma del anestesiólogo responsable.

0 22 Post Operatorio.

Documento elaborado al terminar la cirugía y trasladar al px a recuperación o UCI.

- 1 Diagnóstico posoperatorio
- 2 Procedimiento realizado
- 3 Tipo de anestesia utilizado
- 4 Medicamentos administrados

la cirugía y trasladar al px a

- 5 Estado inmediato del paciente
- 6 Indicaciones posoperatorias inmediatas (condigno, antibióticos, vigilancia).
- 7 Traslado a recuperación o UCI
- 8 Firmas del cirujano y anestesiólogo.

0 23 Post Anestésico

Documento elaborado por el anestesiólogo al término del procedimiento quirúrgico. Registro la evolución del paciente durante la recuperación de la anestesia y documenta complicaciones inmediatas.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Tipo de anestesia administrado
- 3 Edo. al término del procedimiento
- 4 Signos vitales y parámetros monitorizados.

- 5 Complicaciones inmediatas
- 6 Medicamentos administrados en recuperación.
- 7 Plan de manejo en sala de recuperación.
- 8 Firma y cédula del anestesiólogo.

0 24 Consentimiento informado de cirugía.

Documento legal ético en la que el paciente o su tutor legal autoriza la realización de una cirugía. Protege derechos del px y responsabilidad del médico.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Dx y procedimiento quirúrgico propuesto
- 3 Explicación beneficios, riesgos y complicación
- 4 Alternativas terapéuticas
- 5 Declaración de comprensión y aceptación del paciente.

- 6 Nombre y firma del px o tutor legal
- 7 Nombre y firma del médico tratante
- 8 Nombre y firma de dos testigos
- 9 Fecha y hora.

0 25 Análisis Clínico

Documento que contiene la interpretación de los resultados de estudios de laboratorio y gabinete vinculados con el estado clínico del paciente.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Tipo de estudio realizado. (BH, QS, TAC, EKG)
- 3 Resultados obtenidos

- 4 Interpretación clínica de resultados
- 5 Implicaciones diagnósticas y terapéuticas
- 6 Nombre, firma y cédula del médico solicitante / interprete.

25 Transmisión de unidades de Sangre.

D 26 Hoja de notificación al Ministerio público.

Documento administrativo y médico-legal que se utilizó para informar al MP sobre casos que lo ameritan. Finalidad cumplir con la obligación legal de notificar hechos delictivos o de interés judicial.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Dx y hallazgos clínicos relacionados con la notificación.
- 3 Breve descripción del hecho
- 4 Fecha, hora y lugar del evento.
- 5 Datos del médico responsable
- 6 Destinatario (MP)
- 7 Firma y sello institucional.

D 27 Hoja de Enfermería

Registro donde el personal de enfermería documenta todas las intervenciones, cuidados, administración de medicamentos y evolución observada en el paciente.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Signos vitales periódicos
- 3 Valoración de enfermería
- 4 Procedimientos realizados (Curación, Sondaje, aseo, etc).
- 5 Medicamentos administrados
- 6 Evolución y respuesta del Px
- 7 Incidencias.
- 8 Firma y cédula de la enfermera/o

D 28 Servicios auxiliares de dx y tx

Registros donde se anotan los estudios solicitados y realizados el px.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Estudio solicitado
- 3 Resultados emitidos por el servicio correspondiente.
- 4 Motivo de la solicitud
- 5 Interpretación por médico tratante
- 6 Firma y cédula del médico

D 29 Consentimiento informado de estudios

Documento donde el px autoriza la realización de un procedimiento dx o terapéutico invasivo.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Estudio o procedimiento a realizar
- 3 Explicación de beneficios, riesgos y posibles complicaciones
- 4 Alternativas disponibles
- 5 Declaración de comprensión y aceptación del paciente
- 6 Nombre y firma del px o representante
- 7 Nombre y firma del médico solicitante
- 8 Testigos
- 9 Fecha y hora.

D 30 Transfusión de unidades de Sangre.

Registro médico-administrativo, donde se documenta la indicación, autorización, procedimiento y vigilancia de la transfusión sanguínea

- 1 Ficha de identificación
- 2 Tipo y # de unidades de sangre
- 3 Fecha, hora de inicio y término
- 4 Compatibilidad y pruebas cruzadas
- 5 Indicaciones de la transfusión
- 6 Reacciones adversas presentadas
- 7 Observaciones de vigilancia
- 8 Nombre y firma del médico y enfermero responsable.

D 31 Consentimiento informado de transfusión.

Documento legal donde el px o su representante autoriza la administración de sangre o hemocomponentes, después de recibir información clara.

- 1 Ficha de identificación
- 2 Indicación de la transfusión
- 3 Tipo de hemoderivado a administrar (Sangre total, plasma, plaquetas)
- 4 Beneficios esperados
- 5 Riesgos y reacciones adversas posibles.
- 6 Alternativas disponibles
- 7 Declaración de comprensión y aceptación
- 8 Firma del paciente o tutor legal
- 9 Firma y cédulo del médico tratante
- 10 Firma de testigos
- 11 Fecha y hora.

D 32 Notas de defunción y de Muerte Fetal.

Se hace para registrar el hecho, las causas clínicas y circunstanciales del fallecimiento

- 1 Ficha de identificación del paciente / Feto
- 2 Fecha y hora del fallecimiento
- 3 Circunstancias clínicas previas (evolución, diagnósticos principales).
- 4 Manejo terapéutico recibido
- 5 Probable causa de defunción (inmediata, intermedia y básica).
- 6 Datos obstétricos en caso de muerte fetal
- 7 Nombre y firma del médico tratante.

33 Certificado de defunción

Documento oficial expedido por el médico, con validez legal y administrativa que consta el fallecimiento de una persona.

- 1 Ficha de identificación del fallecido.
- 2 Lugar, Fecha y hora de la defunción
- 3 Causa inmediata de la muerte
- 4 Causas intermedias y causas básicas de la defunción
- 5 Otros padecimientos contribuyentes
- 6 Nombre, firma y cédula del médico certificante.
- 7 Sello de la institución de salud.

34 Reporte de causa de muerte.

Es el informe donde el médico detalla, en lenguaje clínico, la secuencia de enfermedades o eventos que condujeron a la muerte del px.

- 1 Datos del fallecido
- 2 Diagnóstico de la enfermedad principal
- 3 Causa inmediata de la muerte
- 4 Causa intermedia
- 5 Causa básica
- 6 Otros padecimientos contribuyentes
- 7 Firma y datos del médico que emite el reporte