



Mi Universidad

Mapa conceptual

Méndez Trejo Jesús Santiago

Primer parcial

Medicina Interna

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Medicina humana

Segundo semestre, grupo “C”

Historia médica de urgencias (Nota de ingreso y nota inicial)
Registro clínico al momento de la atención en urgencias, describe el motivo de consulta en flujos + acciones inmediatas.

Estructura:

- Fecha y hora
- Datos de identificación
- Motivo de consulta y procedimiento actual
- Exploración Física breve dirigida
- Signos vitales
- Diagnosticos iniciales
- Manejo inmediato y plan

• Nombre, firma y
cédula del médico

Nota de evolución (urgencia y hospitalización)
Documento que da seguimiento al estado del paciente en el tiempo, registrando los cambios clínicos, terapéuticos y de pronóstico.

Estructura:

- Fecha y hora
- Subjetivo: síntomas
- Objetivo: Exploración física, estudios, signos vitales
- Análisis: Diagnosticos, complicaciones, pronóstico
- Plan: manejo
- Nombre, firma y cédula del médico

Expediente Clínico

Histórico clínico

Documento donde se registran los antecedentes, síntomas, exploración física, diagnosticos y planes del paciente.

Estructura

- Ficha de identificación
- Antecedentes heredofamiliares
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personales patológicos
- Gineco - obstétricos
- Padecimiento actual
- Antecedentes por aparatos y sistemas
- Exploración Física

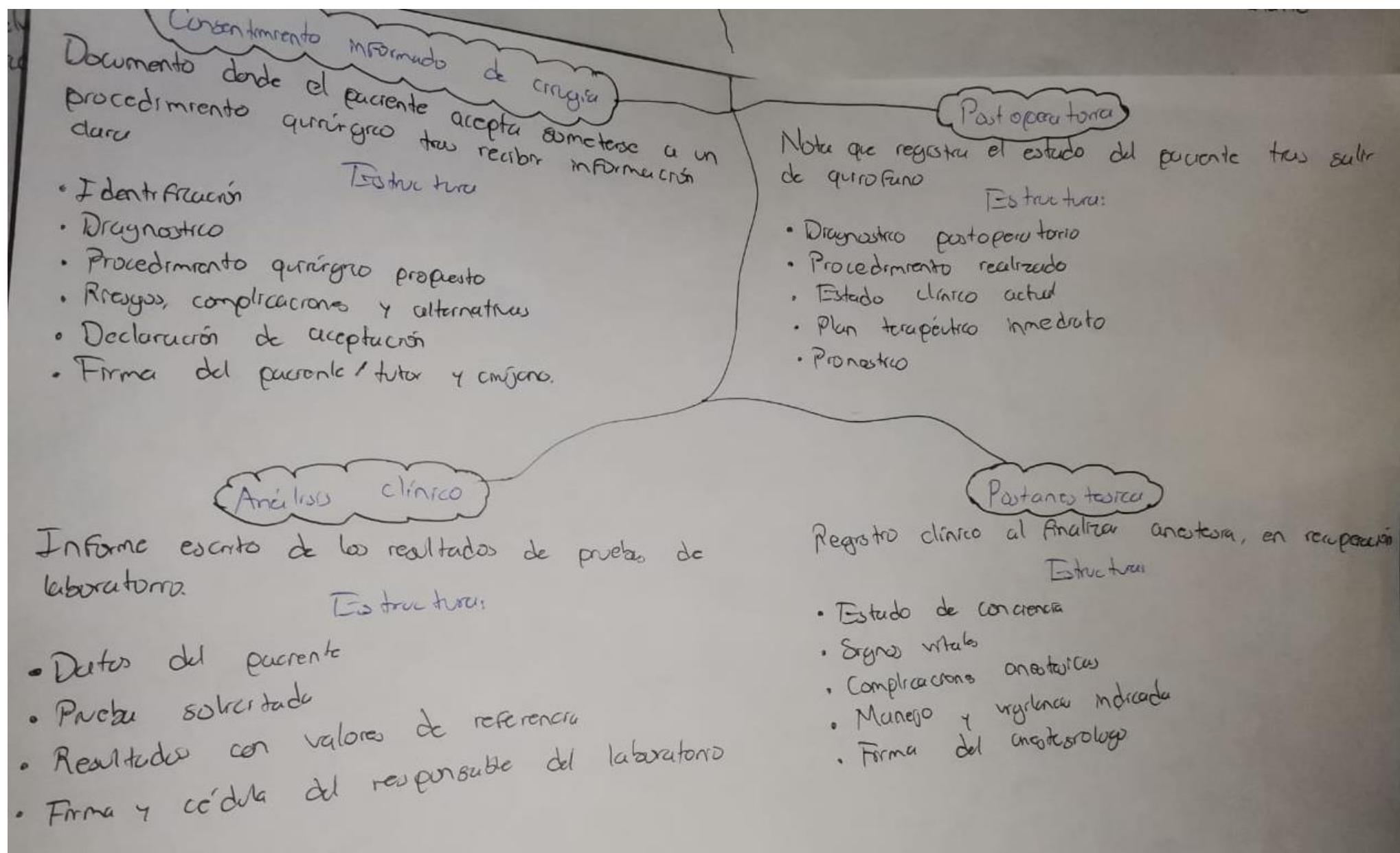
• Diagnóstico
• Plan terapéutico

Consentimiento informado de ingreso

Documento firmado por paciente o representante legal donde autoriza su ingreso hospitalario tras haber sido informado de los riesgos y derechos

Estructura:

- Datos del paciente y hospital
- Motivo de ingreso
- Riesgos y beneficios
- Declaración de comprensión y aceptación
- Nombre, firma y huella del paciente / tutor
- Firma y cédula del médico tratante



Registro de anestesia

Documento donde se asientan todos los medicamentos, dosis, técnica y parámetros monitoreados durante anestesia.

Estructura:

- Identificación del paciente
- Tipo de anestesia
- Medicamentos administrados
- Parámetros vitales durante el procedimiento
- Complicaciones y eventos adversos
- Firma del anestesiólogo

Hoja de cirugía segura

Lista de verificación basada en la OMS para garantizar seguridad en el quirófano

Estructura:

- Identificación del paciente
- Confirmación del sitio quirúrgico
- Procedimiento correcto
- Cheques de equipos e insumos
- Confirmación del equipo quirúrgico
- Firma responsable.

Hoja de intervención quirúrgica

Registro detallado de la técnica quirúrgica realizada

Estructura:

- Diagnóstico pre y postoperatorio
- Procedimiento realizado
- Técnica quirúrgica
- Hallazgos
- Complicaciones
- Firma del cirujano.

Hoja de enfermera en quirófano

Registro de actividades de enfermería durante la cirugía

Estructura:

- Identificación del paciente
- Procedimiento quirúrgico
- Materiales y equipos usados
- Medicamentos administrados
- Actividad de apoyo y vigilancia
- Observaciones

Certificado de defunción

Documento oficial con validez legal que acredita la muerte de una persona.

Estructura:

Datos de identidad del fallecido

- Fecha, hora y lugar de defunción
- Causa básica de muerte
- Firma del médico certificador

Consentimiento informado de transfusión

Documento donde el paciente acepta recibir transfusiones conocidas y beneficios.

Estructura:

- Datos del paciente
- Indicaciones de transfusión
- Riesgos (reacciones, infección, etc)
- Declaración de aceptación
- Firma paciente/tutor y médico

Reporte de causa de muerte

Informe dirigido a autoridades oficiales (INEGI, Registro Civil, Salud Pública) sobre la causa específica de defunción.

Estructura:

Datos del fallecido

- Diagnóstico de causa de muerte
- Clasificación (imediatas, intermedias, fundamentales)
- Firma y cédula del médico

Nota de defunción y de muerte fetal

Registro médico del fallecimiento de un paciente o producto en gestación.

Estructura:

- Datos del paciente/feto
- Hora, fecha y lugar de defunción
- Causa inmediata, intermedia y fundamental de muerte
- Diagnóstico clínico de defunción
- Firma y cédula del médico.

Nota de egreso

Documento que se realiza al concluir la atención hospitalaria del paciente, resume la evolución, tratamiento y estudio al alta.

Estructura:

- Identificación
- Diagnósticos de ingreso y egreso
- Resumen clínico de la estancia
- Manejo realizado
- Evolución y complicaciones
- Tratamiento al egreso
- Recomendaciones y citas
- Nombre y firma y cédula del médico

Alto voluntario

Documento firmado por el paciente o familiar que solicita egreso en contra de indicación médica.

Estructura:

- Datos del paciente
- Diagnóstico y estado actual
- Exploración de riesgos de egreso anticipado
- Declaración de responsabilidad del paciente / tutor
- Firma del paciente / tutor y médico.

Nota de contrarreferencia

Documento emitido por la unidad receptora que devuelve al paciente a su unidad de origen con diagnóstico y manejo recomendado.

Estructura:

- Datos del paciente
- Resumen clínico y diagnóstico
- Manejo otorgado
- Recomendaciones y seguimiento
- Nombre, firma y cédula del médico

Consentimiento informado de referencia y contrarreferencia

Documento en el que el paciente acepta ser referido o contrarreferido a otra unidad, con conocimiento de riesgos y motivos.

Estructura:

- Datos del paciente
- Diagnóstico actual
- Motivo de traslado
- Riesgo de traslado
- Declaración de aceptación
- Firmas del paciente / tutor y médico tratante

(S)criben avaleores (estudios)

Documentos que registran estudios complementarios de gabinete o imagen

Estructura

- Datos del paciente
- Tipo de estudio realizado
- Resultados e interpretación
- Nombre y firma del responsable

Consentimiento informado de estudio

Documento donde se autoriza la realización de procedimientos diagnósticos que implican riesgos

Estructura

- Datos del paciente
- Testigo a realizar
- Riesgos y complicaciones posibles
- Declaración de aceptación
- Firma paciente / tutor y médico

Transfisión de unidades de sangre

Registro médico de la indicación y administración de hemoderivados

Estructura

Paciente

- Identificación del paciente
- Tipo y cantidad de unidad transfundida
- Hora de inicio y fin
- Reacciones adversas
- Firma del médico responsable

Hoja de notificación al Ministerio Público

Documento oficial para informar lesiones, violencia, abuso, defunción sospechada o hechos médica-legal

Estructura

- Datos del paciente
- Descripción de lesiones o situación
- Hora, lugar y circunstancias
- Diagnóstico
- Datos del médico responsable

Hoja de enfermería

Registro sistemático de cuidados de enfermería durante la atención hospitalaria

Estructura:

- Identificación del paciente
- Signos vitales periódicos
- Medicamentos y tratamientos administrados
- Procedimientos de enfermería
- Observaciones

Evaluación integral preoperatoria
para identificar riesgos médicos, quirúrgicos y anestésicos

Estructura:

- Historia clínica dirigida
- Exploración física
- Estudios prequirúrgicos
- Riesgos y plan de manejo
- Valoración interdisciplinaria (cirugía, anestesia, medicina interna)

Hoja de registro del transoperatorio

Registro de los eventos clínicos y quirúrgicos durante el acto quirúrgico

Estructura:

- Hora de inicio y fin
- Procedimiento realizado
- Equipo quirúrgico
- Signos vitales y monitoreo intraoperatorio
- Medicación administrada
- Complicaciones intraoperatorias

Nota médica que registra el estado clínico previo a cirugía, diagnóstico y preparación:

Estructura:

- Datos del paciente
- Diagnóstico quirúrgico
- Estado actual
- Estudio preoperatorio
- Plan quirúrgico
- Nombre, firma y cédula del médico

Preanestesia

Valoración previa al anestesia, determinado riesgo y condiciones del paciente.

Estructura:

- Historia clínica enfocada a anestesia
- Antecedentes anestésicos
- Exploración física dirigida (cita aérea, cardiorrespiratoria)
- ASA (Clasificación de riesgo)
- Plan anestésico
- Nombre, firma y cédula del anestesologista.

Interconsulta
 Solicitud escrita de valoración por otro especialista para apoyo diagnóstico o terapéutico.

Estructura:

- Datos del paciente
- Diagnosticos actuales
- Motivo de interconsulta
- Resumen clínico
- Pregunta específica al especialista
- Nombre, firma y cédula del médico solicitante

Nota de referencia
 Documento con el que un paciente se traslada a otro hospital para recibir atención especializada

Estructura:

- Datos del paciente y hospital de origen
- Diagnosticos
- Resumen clínico
- Motivo de referencia
- Tratamiento recibido
- Estudios realizados
- Nombre, firma y cédula del médico

Nota de ingreso hospitalario

Documento que registra la condición clínica del paciente al momento de ser admitido a hospitalización

Estructura:

- Datos de identificación
- Motivo de ingreso
- Padecimiento actual y antecedente
- Exploración física
- Estudios iniciales
- Diagnosticos de ingreso
- Plan terapéutico

- Nombre y Firma y cédula de médica

Consentimiento informado de ingreso hospitalario
 Similar al consentimiento pero específico para la estancia hospitalaria, riesgos asociados y derechos del paciente

Estructura:

- Identificación del paciente y hospital
- Diagnóstico presentativo
- Justificación del ingreso hospitalario
- Riesgos, complicaciones y beneplazos
- Nombre, Firma y huella del paciente/tutor
- Firma y cédula del médico