



Mapa conceptual

Brayan Emmanuel López Gómez

Parcial I

Expediente clínico

Medicina interna

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago

Medicina Humana

Quinto semestre grupo c

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre del 2025

EXPEDIENTE CLINICO

HISTORIA CLINICA

Recopilar información del paciente

Integran

DATOS IDENTIFICACION

Nombre	fecha de nacimiento
Edad	Religion
Estado civil	Tipo de sangre
Ocupación	Domicilio
	Telefono

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Enfermedades relevantes en la familia que puede tener relación con el desarrollo del paciente. (Diabetes, Hipertensión)

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Habito del paciente: alimentación, ejercicio, tabaquismo, alcohol, ocupación, humor, hobbies

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Enfermedades previas, cirugia, alergias, hospitalizaciones

ANTECEDENTE GINECOOBSTETRICO

Menstruación, ciclo menstrual, hijos

• proteger los derechos del paciente, asegurar que su ingreso sea voluntario y con consentimiento

CONSENTIMIENTO informado de ingreso

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo, edad, sexo, domicilio, CURP, teléfono, número de estudio.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE

Profesional que está a cargo del paciente

MOTIVO DEL INGRESO

RIESGO GENERALES DEL INGRESO

Se explica los riesgos comunes de estar internado (infección, nosocomiales, complicaciones).

TRATAMIENTO

Se informa al paciente que puede aceptar o rechazar tratamiento específico.

DECLARACIONES DE VOLUNTARIADO

Paciente expresa que comprende la información y acepta de manera libre y voluntaria su ingreso.

FIRMA DEL PACIENTE

Confirma la autorización

FIRMA DEL MEDICO

INTERROGATORIO POR APARTOS Y SISTEMA

REVISIÓN SISTEMICA DE LOS DIFERENTES SISTEMAS CORPORALES (RESPIRATORIO, CARDIOVASCULAR, DIGESTIVO, URINARIO).

EXPLORACIÓN FÍSICA

SÍGNOS VIDALES: presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, saturación, peso, talla, estado general, exploración general y por apartos / sistemas.

RESULTADO DE ESTUDIO AUXILIARES

Resultados de laboratorio, gabinete, imagenología, estudios realizado.

Anatomopatológico



sintomático y signológico

DIAGNÓSTICO → IDENTIFICACIÓN MÉDICA DEL PROBLEMA DEL PACIENTE CON BASE DATOS OBTENIDOS.

DRONSTICO

EVALUACIÓN MÉDICA SOBRE LA EVOLUCIÓN ESPERADA

TRATAMIENTO

Medicamentos, procedimiento

EXPEDIENTE CLÍNICO

Nota médica de urgencia

El médico registra toda la información inicial y relevante sobre la atención al paciente.

Nota de ingreso

Fecha y hora del ingreso

Motivo de la urgencia

Síntomas actuales

Como ha evolucionado el paciente

Signos vitales

Evaluación del estado general del paciente

Diagnóstico presuntivo

Manejo inicial

Nombre y firma del médico.

Nota inicial

Interrogatorio clínico

Exploración física

Estudios realizados

Diagnóstico

Tratamiento

Pronóstico → Firma del médico

Nota de evolución

Registro cronológico, sistemático y continuo del estado clínico del paciente.

Nota de evolución en urgencias

Fecha y hora de la nota

Signos vitales

Resumen clínico actual

Estudios recientes

Diagnóstico

Tratamiento

Pronóstico

Firma del médico

Nota de evolución en hospitalaria

Fecha y hora

Interrogatorio dirigido

Resultados de estudios reciente

Evolución del diagnóstico

Tratamiento

Pronóstico

Plan → Interconsulta, cirugía, alta.

Nombre completo y Firma del médico

Nota de ingreso Hospitalario

Documento médico que se elabora al momento de ingresar un paciente al hospital

Elementos

Fecha y hora del ingreso

Datos de identificación del paciente.

Interrogatorio completo

Padecimiento actual
antecedentes
aparatos y sistemas.

Exploración física

Estudios realizados

Diagnóstico presuntivo

Indicaciones médicas
Plan de manejo

Pronóstico

Nombre completo
Firma y cédula
del médico

EXPEDIENTE CLÍNICO

Consentimiento

Informado de ingreso

Hospitalario

Documento legal y médico que el paciente firma de forma voluntaria y libre para autorizar su internamiento en hospital

Elementos

Datos del paciente → CURP, nombre del familiar responsable, No expediente

Motivo del ingreso

Información sobre estudios o tratamiento.

Riesgos generales del internamiento

Alternativas y derecho a negarse → paciente tiene derecho a aceptar o rechazar.

Declaración de voluntad → paciente da su autorización voluntaria

Firma del paciente o representante legal. → en caso que el paciente no pueda firmar lo hace un tutor

Firma del médico → Fecha, hora, lugar

Nota de interconsulta

Documento elaborado por el médico cuando solicita la valoración de otro especialista.

Estructura

Fecha y hora de la solicitud

Datos del médico solicitante → Nombre, especialidad, servicio en el que se encuentra el paciente

Motivo de la interconsulta → explicación por qué se solicita.

Padecimiento actual, diagnóstico, tratamiento recibido, resonan clínico, estudios realizados del paciente

Pregunta o petición concreta → Que necesita el médico tratante o que evaluar o indique el especialista.

Respuesta del médico interconsultante → Fecha y hora, valoración médica, diagnóstico, valoración plan

Nombre, firma, cédula del médico interconsultante.

Nota de Referencia

Documento elaborado cuando un paciente debe ser enviado a otra unidad médica.

Estructura

Fecha y hora de elaboración

Datos del paciente

Nombre y ubicación de la institución
Nombre y ubicación de la institución
Nombre y ubicación de la institución

Nombre, Edad, estado civil, fecha de nacimiento, religión, tipo de sangre, operación, nivel de estudio

Motivo de la referencia → razón clínica que justifique el traslado

Resumen clínico del paciente → diagnóstico, padecimiento actual, tratamiento

Estado actual del paciente

Estabilidad o gravedad

Nombre completo, firma y Cédula del médico que refiere.

Nota de Contrareferencia

Documento elaborado por el médico de la unidad receptora informa que el paciente fue referido y se autorizó su ingreso a la unidad de origen.

Estructura

Fecha y hora de la contrareferencia

Datos del paciente

Nombre y ubicación de la institución
Nombre y ubicación de la institución
Nombre y ubicación de la institución

Razón clínica
por que se devuelve el paciente

← motivo de la contrareferencia

Resumen clínico del realizado

estas de seguimiento
Tratamiento actual
Recomendaciones

Indicaciones para el seguimiento

Nombre completo, firma y cédula profesional del médico que contrarefiere.

Consentimiento informado de referencia y contrareferencia

Documento legal que firma el paciente para autoriza el traslado

sea ↓

Referencia contrareferencia

Estructura

Datos del paciente

↓

Datos de las unidades médicas involucradas ⇒ Nombre, dirección y servicios médico de ambas unidades

↓

Motivo del traslado

↓

Riesgos y Beneficios

complicaciones
→
Beneficios esperados

↓

Declaración de comprensión y voluntad

↓

Firma del paciente o representante legal, → Firma y cédula del médico

↑

Título de egreso

se elabora al momento de la salida del paciente

Estructura

Fecha y hora de egreso

↓

Datos de identificación del paciente

↓

Resumen clínico

↓

confirmados al egreso, basado en evolución y estudios



— Diagnóstico final

↓

Tratamiento otorgado durante hospitalización

estable

mejorar

altavoluntaria

condición al egreso

↓

Citas — planeamiento post-egreso seguimiento

↓

Nombre, firma y cédula profesional del médico tratante

Expediente clínico

Alta voluntaria

Acto mediante el cual un paciente decide abandonar el hospital por su propia voluntad

Estructura

Fecha y hora de la alta voluntaria

Datos del paciente

Estado clínico al momento de la alta → Breve descripción Estado de salud

Advertencia de los riesgos

Manifestaciones de voluntad del paciente →

- retira por decisión propia
- Ha sido informado
- Comprende riesgos

Firma del médico tratante - Nombre cédula

Firma del paciente = tutor

Firma de testigo - recomendado

elabora el cirujano

Nota preoperatoria

Elaborada inmediatamente después de una cirugía

Estructura

Fecha y hora del procedimiento

Número de familiar en caso de emergencia

1º Datos del paciente

Firma y cédula

Nombre del cirujano responsable

Anestesiólogo

Enfermera → EQUIPO quirúrgico nombres

Instrumentista

Ayudantes

Diagnóstico preoperatorio

Firma del cirujano responsable

Diagnóstico postoperatorio

Materiales del quirúrgico utilizado

Nombre del procedimiento quirúrgico

Evolución postquirúrgico inmediata

Descripción del procedimiento

Complicaciones

Preoperatorio

Es el documento médico que se elabora antes de una cirugía programada u urgente.

Estructura

Datos de identificación



Diagnóstico preoperatorio



Breve resumen clínico



Exploración física



Estudio de gabinete y laboratorio



Riesgo quirúrgico y ASA



Plan quirúrgico y anestésico



Consentimiento informado



Valoración del estado nutricional

Valoración preoperatoria

Evaluación médica integral se realiza antes de la cirugía con el objetivo de determinar el estado general de salud del paciente.

Estructura

Datos de identificación



Diagnóstico preoperatorio



Resumen clínico Antecedentes médicos



Exploración física



Estudios de laboratorio y gabinete



Clasificación ASA



Valoración de riesgo quirúrgico y anestésico



Plan terapéutico quirúrgico y anestésico



Consentimiento informado

NOMBRE Y FIRMA DEL
MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL
MEDICO DE ATENCIÓN

Hoja de registro trasoperatorio

Se utiliza para registrar en tiempo real todo lo que ocurre durante una cirugía estructurada.

Datos de identificación



Nombre del procedimiento quirúrgico



Tipo de cirugía



Tipo de anestesia



Descripción cronológica del acto quirúrgico



Material y equipo utilizado



Complicaciones



Estado del paciente al término del procedimiento



Diagnóstico postoperatorio



Equipo quirúrgico



NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

Expediente clínico

Hoja de intervenciones quirúrgicas

Documento médico donde el cirujano registra, de forma clara y detallada, toda la información relativa al acto quirúrgico realizado.

Estructura

Datos de identidad

Diagnóstico preoperatorio

Nombre del procedimiento quirúrgico

Tipo de cirugía → mayor
→ menor
→ urgente

Tipo de anestesia utilizada

Descripción del procedimiento quirúrgico

Diagnóstico postoperatorio

Evaluación inmediata → quirófano → Firma del identificación del cirujano → instrucciones postoperatorias

Hoja de cirugía segura

lista de verificaciones que se utiliza en quirófano para evitar errores prevenibles.

Estructura

① Antes de la inducción anestésica

Identidad del paciente

Confirmación del procedimiento

Verificación del sitio quirúrgico

Consentimiento informado del paciente.

Ayuno confirmado

Revisión alérgica

funcional

monitores

material y equipo

disponible

② Antes de la incisión o la piel

③ Antes de salir del quirófano

verificación del procedimiento realizado

conteo correcto de gasas, compresa

etiquetado correcto de muestra

patológicas.

verificación del nombre del

equipo procedimiento

nombre y

cirujano

Registro de anestesia

Documento clínico esencial que detalla todos los eventos (medicamento y parámetro vitales) del paciente durante el acto anestésico.

Estructura

Datos del paciente

evaluaciones preanestésicas

AVUBA → Clasificación

Tipo de anestesia

Monitoreo intraoperatorio

Medicamento y líquidos administrados

eventos o complicaciones relevantes.

Salida del quirófano

Firma y datos del anestesiólogo.

Expediente clínico

post operatoria

elaborarse inmediatamente después de que el paciente sale del quirófano.

ESTRUCTURA

Fecha y hora de elaboración

↓
DATOS DEL PACIENTE

↓
Nombre del Cirujano
Responsable

↓
Diagnóstico postoperatorio

↓
procedimiento quirúrgico → nombre técnico
(realizado)

↓
Descripción breve del procedimiento quirúrgico → Hallazgo

↓
Complicaciones → Hemorragia
lesiones

↓
Estado postquirúrgicos inmediatamente p
del paciente

↓
Tratamiento → Plan → Firma del cirujano

post anestésica

se realiza al terminar el procedimiento quirúrgico.

ESTRUCTURA

Fecha y Hora

↓
DATOS DEL PACIENTE

General ↗
regional ↗ TIPO de anestesia
local ↗ UTILIZADAS

↓
Nombre técnico & Nombre del anestesiólogo

↓
Síntomas vitales

↓
Despierto ↗
sonriente ↗
orientado ↗ ESTADO DE CONCIENCIA
del paciente

↓
nauseas ↗
vómito ↗ EVENTOS ADVERSOS
Dolor ↗

↓
medicamento administrado durante la cirugía

↓
valoración general
de la recuperación

Expediente Clínico

Consentimiento Informado de Cirugía

Proceso mediante el cual el paciente autoriza voluntariamente la realización de un procedimiento quirúrgico

Estructura

Identificación del paciente

Nombre de la institución

Título del documento

Lugar y Fecha

Acto autorizado

Riesgo y posibles complicaciones

Beneficios esperados

Alternativas terapéuticas → Autorización de atención médica

Datos del médico

Firmas

Declaración de entendimiento y voluntariedad

Autorización de atención médica

Análisis Clínico

ES la evaluación integral del estado de salud del paciente

Estructura

Motivo de la cirugía

Historia clínica resumida

Resultados de estudio preoperatorio

Observaciones del anestesiólogo

ASA

Razones clínicas

Justificación del procedimiento quirúrgico

Alteraciones al procedimiento quirúrgico

Conclusiones del análisis clínico

Hoja de enfermeria en Quirófano

Registra todos los actividades
cuidados y observaciones
realizados.

- Datos del paciente
- Equipo quirúrgico
- Tiempo quirúrgico
- Valoración preoperatoria
- Material e instrumentos
- Eventos intraoperatorio
- Observaciones y cuidados
posoperatorios inmediato
- Firma del personal de
enfermería

Expediente clínico

Hoja de notificación al ministerio público

Utiliza para informar a las autoridades sanitarias sobre la ocurrencia de enfermedades, eventos adversos o situación de salud pública.

Tipo de notificación

Notificación inmediata de enfermedades transmisibles

Notificación de nacimiento materno o perinatal

Notificación de evento quirúrgico

Notificación de evento adverso por medicamento o vacuna.

Estructura

Datos del establecimiento

Datos del paciente

Datos del evento o notificar → Nombre de la enfermedad

Person que notifica → médico

→ cargo

→ firma

Observaciones → Detalles clínicos

Hoja de enfermería

Registra de manera sistemática, cronológica, objetiva todas las actividades con el cuidado del paciente.

Estructura

Datos generales del paciente

Datos del personal de enfermería

Valoración inicial del paciente

Plan de cuidados de enfermería

Registros de actividades y evoluciones del paciente

Eventos adversos

Trasmisión de turno

Firmas

Enfermera @ responsable de cada turno.

Expediente clínico

Servicios auxiliares

Procedimiento complementario a la atención médica, destinado a confirmar diagnóstico, monitorear condiciones clínicas.

Estructura

Nombre del estudio solicitado

Fecha y hora de indicación

Nombre completo del médico solicitante

Nombre del establecimiento de salud.

Nombre del profesional que realiza el estudio

Resultados del estudio

Firmas del responsable del resultado

Fecha y hora del resultado

Consentimiento informado de estudio

Documento informado legal y ético para garantizar que el paciente acepta de forma voluntaria investigación médica o diagnóstico

Estructura

Título del estudio

Objetivo del estudio

Procedimiento a realizar

Duración estimada

Riesgo y malestar

Beneficio esperado

Alternativa

Confidencialidad

Derecho del participante

Contacto del investigador responsable

Trasfusion de unidad de sangre.

Administración controlada de una unidad de sangre total o de un componente sanguíneo.

Estructura

Verificar indicaciones médica y orden escrita

Obtener consentimiento informado

Confirmar grupo sanguíneo

Verificar datos del paciente y unidad de sangre

Administrar la unidad por vía intravenosa bajo monitoreo

Ultrasonidos vitales

Registrar todo los datos en la hoja de enfermería y expediente clínico.

Expediente Clínico

Consentimiento informado de transfusiones

Documento legal para autorizar de forma voluntaria la administración de sangre.

Estructura

encabezado institucional

✓ Título del documento

✓ datos del paciente

✓ descripción del procedimiento

✓ justificación médica

✓ riesgo y posible reacciones

✓ beneficio esperado

✓ alternativa disponible

✓ declaración de entendimiento

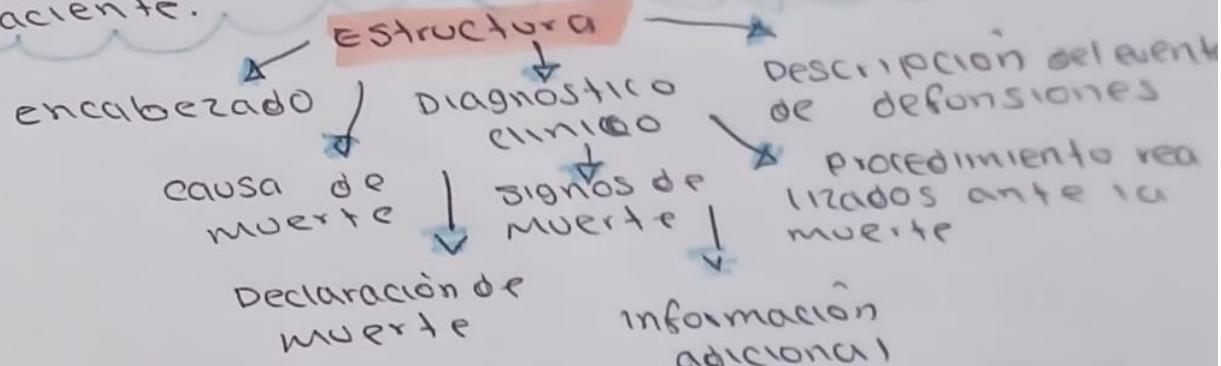
✓ autorización

paciente

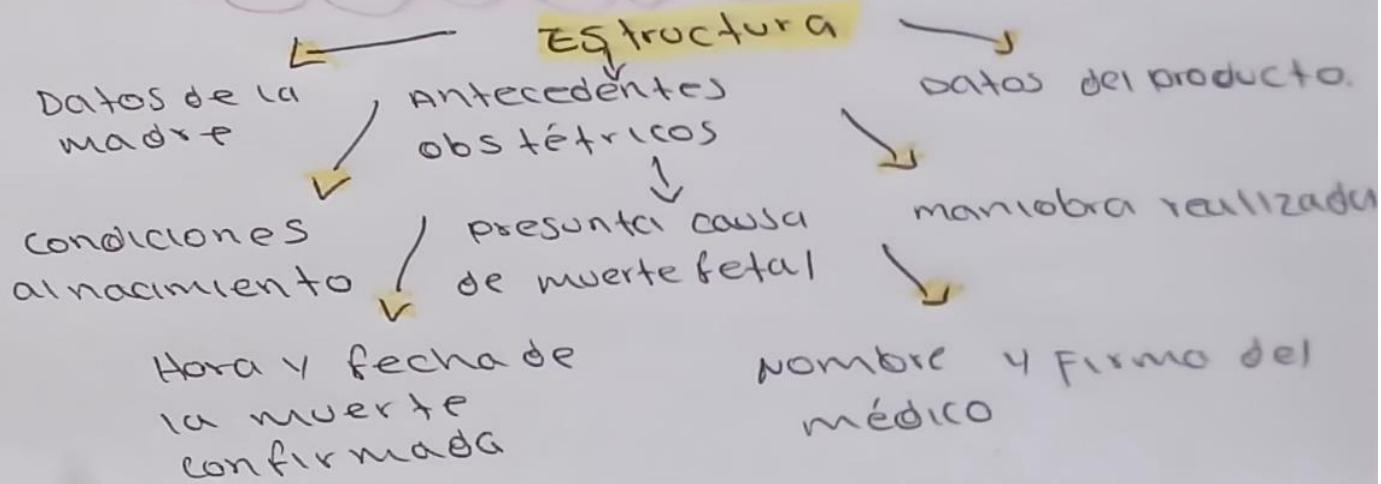
Datos y Firma médico → Observaciones adicionales

Nota de defunción y de muerte fetal.

Nota de defunción: registro médico realizado por el personal médico después de la muerte de un paciente.



Nota de muerte fetal: documento clínico elaborado cuando un feto muere en el útero o al momento del parto, después de 20 semanas y pesa ≥ 500 gramos



Defunción

Emitir un certificado de defunción, firmado por un médico

Estructura

Nombre completo del fallecido

Edad, sexo, CURP

Lugar del fallecimiento → Hospital
→ domicilio
→ vía pública

Causa inmediata de muerte

Causa básica y contribuyente

Médico que certifica → Nombre
→ CEDULA
→ Firma

Si hubo o no intervenciones del ministerio público

Reporte causa de muerte

Documento oficial elaborado por un médico, establece la causa del fallecimiento de una persona.

Estructura

Datos generales del fallecido

Datos del médico que certificó

Causa de muerte (según OMS)

Clasificación del tipo de muerte

Si se notificó al ministerio público

Se debe notificar para el servicio médico forense.



Referencia

Secretaría de Salud (SSA). (2012). NOM-004-SSA3-2012: *Del expediente clínico en los Estados Unidos Mexicanos*. Ciudad de México: SSA