



Mi Universidad

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

Integrar

Datos identificación

Nombre
Edad
Estado civil
Ocupación
Domicilio

Fecha de nacimiento
Religión
Tipo de sangre
Teléfono

Antecedentes Heredofamiliares

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

Antecedente personales no patológicos

Habito del paciente: alimentación, ejercicio, tabaquismo, alcohol, ocupación, hábitos, higiene

Antecedente personales patológicos

Enfermedades previas, cirugía, alergias, hospitalizaciones

Antecedente Ginecoobstétrico

Menarca, ciclo menstrual, etc.

Interrogatorio por aparatos y sistema

Revisión sistémica de los diferentes sistemas corporales (respiratorio, cardiovascular, digestivo, urinario).

Exploración física

Signos vitales: presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, saturación, peso, talla, estado general, exploración general y por aparatos/sistemas.

Resultado de estudio Auxiliares

Resultados de laboratorio, gabinete, imagenología, estudios realizados.

Diagnostico

Identificación médica del problema del paciente con base a datos obtenidos.

Pronostico

Evaluación médica sobre la evolución esperada

Tratamiento

Medicamentos, procedimiento

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, nivel de estudio

Diagnostico presuntivo

Nombre del médico responsable

Profesional que está a cargo del paciente

Motivo del ingreso

Riesgo Generales del ingreso

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

Tratamiento

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

Declaraciones de voluntariedad

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

Firma del paciente

Confirmación autorización

Firma del médico

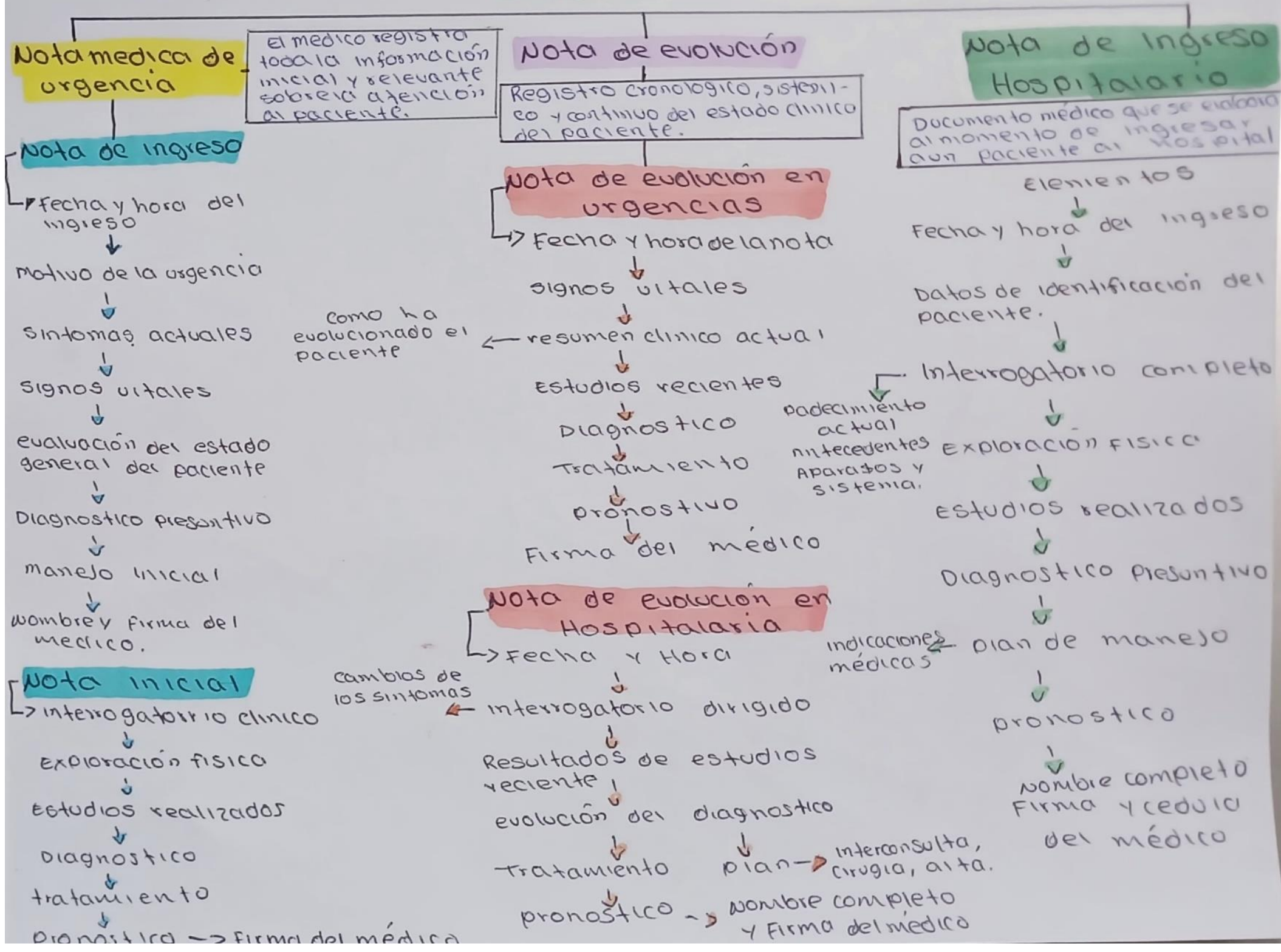
Descripción breve del problema de salud por el cual se ingresa.

Razón médica por la cual se recomienda hospitalización

Anatomopatológico

Sintomático y Signológico

EXPEDIENTE clínico



EXPEDIENTE CLINICO

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, 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
Resumen clínico
estudios realizados del paciente

Pregunta o petición concreta → Que necesita el médico tratante o que evalúe 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

Unidad médica de destino

Motivo de la referencia

Resumen clínico del paciente

Estado actual del paciente

Nombre completo, firma y Cédula del médico que refiere.

Nombre, Edad, estado civil, Fecha de nacimiento, Religión, tipo de sangre, ocupación, nivel de estudio

Nombre y ubicación de la institución

Razón clínica que justifique el traslado

Diagnóstico
Padecimiento actual
tratamiento

Estabilidad o gravedad

Nota de Contrareferencia

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

Estructura

Fecha y hora de la contrareferencia

Datos del paciente

Unidad médica de origen

Motivo de la contrareferencia

Resumen Clínico de lo realizado

Indicaciones para el seguimiento

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

Razón clínica por que se devuelve el paciente

citas de seguimiento

Tratamiento actual

Recomendaciones

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

Fecha, Hora y
lugar de autorización

↓
Firma del paciente o
representante legal, → Firma y cedula
del médico

Hoja 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 → Diagnostico Final

↓
Tratamiento otorgado
durante la hospitalización

↓
estable
mejoría
alta voluntaria → Condición al egreso

↓
citas - plan de manejo post-egreso
seguimiento

↓
Nombre, firma y cedula
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

Elaborada inmediatamente después de una cirugía

Nota preoperatoria

Estructura

Fecha y hora del procedimiento

Numero de familiar en caso de emergencia

Datos del paciente

Firma y cédula

Nombre del cirujano responsable

Anestesiólogo

Enfermera

Instrumentista

Ayudantes

Equipo quirúrgico nombres

Diagnostico preoperatorio

Firma del cirujano responsable

Diagnostico postoperatorio

Materiales del quirúrgico utilizado

Nombre del procedimiento quirúrgico

Evolución postquirúrgica 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 que 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
médico

Nombre y firma del
médicoitante

Hoja de registro trasoperatorio

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

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 y ced
del médico

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 → 79 quirúrgico → Equipo procedimiento y nombre y firma del cirujano → identificación del problema → 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.

Ayuda confirmar

Revisión alejica

Función sensorial monitorizada

Material y equipo disponible

② Antes de la incisión de la piel

③ Antes de salir del quirófano

Verificación del procedimiento realizado

Conteo correcto de gasas, compresa

etiquetado correcto de muestras patológicas.

Verificación del nombre del procedimiento

Equipo procedimiento y nombre y firma del cirujano

Registro de anestesia

Documento clínico esencial que detalla todos los eventos, medicamento y parámetros vitales, del paciente durante el acto anestésico.

Estructura

Datos del paciente

evaluaciones preanestésicas

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

Diagnostico postoperatorio

Procedimiento quirurgico realizado → Nombre técnico

Descripcion breve del procedimiento → Hallazgo quirurgico

Complicaciones → Hemorragia
→ lesiones

Estado postquirurgico inmediatamente del paciente

Tratamiento → Plan → Firma del Cirujano

post anestesico

Se realiza al terminar el procedimiento quirurgico.

estructura

Fecha y Hora

Datos del paciente

General
regional
local
Tipo de anestesia utilizada

Nombre técnico → Nombre del anestesioologo

signos vitales

Despierta
somnoliento
orientado
Estado de conciencia del paciente

Nauseas
vomitó
Dolor
Eventos Adversos

medicamento administrado durante recuperación

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

valoración del riesgo quirúrgicos



Razones clínicas

Justificación del procedimiento quirúrgicos



alteraciones al procedimiento quirúrgicos



conclusión del análisis clínico

Hoja de enfermería en Quirofano

Registra todas las 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 muerte materna 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 notificación → 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 molestia

Beneficio esperados

Alternativa

Confidencialidad

Derecho del participante

Contacto del investigador responsable

Trasfusión 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

vigilar signos vitales

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

Expediente Clínico

Consentimiento informado de transfusiones

Documento legal para autorizar o reformar voluntaria de 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

Datos y Firma - paciente
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.

Estructura

encabezado

causa de muerte

Declaración de muerte

Diagnóstico clínico

signos de muerte

información adicional

Descripción del evento de defunciones

procedimiento realizados ante la muerte

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

Estructura

Datos de la madre

condiciones al nacimiento

hora y fecha de la muerte confirmada

Antecedentes obstétricos

presunta causa de muerte fetal

datos del producto.

maniobra realizada

nombre y firma del médico

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
→ cédula
→ firma
↓
Si hubo o no intervenciones del ministerio público

Reporte causa de muerte

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

Estructura

Datos generales del fallecido
↓
Datos del médico que certifica
↓
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