



Mi Universidad

Mapa conceptual

Damaris Yamileth Espinosa Albores

Parcial I

Medicina interna

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago

Licenciatura en Medicina Humana

Quinto Semestre grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre de 2025.

Expediente clínico

Es el conjunto de documentos escritos, o gráficos, imágenes, electrónicos o de otro tipo, en los cuales el personal de salud registran cronológicamente la atención médica brindada al paciente.

Elementos principales del expediente clínico

Ficha de identificación Datos básicos del paciente, como nombre, fecha de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, religión y datos de contacto, entre otros.

Antecedentes personales y heredo-familiares. Incluye la anamnesis con antecedentes heredo-familiares, personales (patológicos y no-patológicos), padecimiento actual.

Exploración física: Nota sobre el examen físico realizado, incluyendo SV y otros hallazgos de importancia.

Resultados de estudios Registro de los estudios de laboratorio y gabinete.

Diagnóstico y pronóstico. Los problemas de salud identificados, pronósticos y las probables complicaciones.

Tratamiento e indicaciones médicas.

La prescripción de medicamentos (Dosis, vía, tiempo)

Integración del expediente.

Conjunto de todos los documentos generados durante la atención médica.

Debe estar foliado, fechado, con identificación del paciente y firma del responsable.

Historia clínica

Documento médico-legal, científico y ético que recopila antecedentes, estado actual y exploración, para orientar el diagnóstico y tratamiento

Contenido

- Ficha de identificación
- Antecedentes personales y heredo-familiares
- Padecimiento actual
- Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Exploración física
- Diagnósticos presuntivos
- Plan estudio y Tratamiento

Consentimiento informado

Documento escrito y firmado por el paciente o representante legal en el que autoriza el ingreso a la unidad médica, tras ser informado de su estado y posibles riesgos

Contenido

- Datos del paciente
- Diagnóstico inicial
- Riesgos generales
- Autorización y firmas (paciente, familiar, médico y algún otro personal)

Consentimiento informado

Ingreso hospitalario

Es similar al de ingreso, pero aplicado en hospitalización. Incluye aceptación de normas hospitalarias y de procedimientos

Nota medica de urgencias

Registro inicial en el servicio de urgencias que documenta motivo de consulta, antecedentes inmediatos, signos vitales, exploración física y plan terapéutico.

Nota de ingreso

Documento que se elabora al recibir el paciente, con descripción completa de su estado de salud, diagnóstico inicial y el tratamiento propuesto, signos vitales.

Nota inicial

Primer registro detallado en urgencias que integran datos del paciente, antecedentes, exploración diagnóstica preliminar y plan terapéutico.

Nota de evolución

(urgencias y hospitalaria)

Registro cronológico del estado del paciente, cambios clínicos, resultados de estudios, respuesta al tratamiento y diagnóstico actualizado.

Nota de ingreso hospitalario

Documento elaborado por el médico tratante que formaliza la hospitalización, describiendo antecedentes, exploración física completa y diagnóstico actualizado.

Contiene:

Motivo de la hospitalización
Diagnóstico y plan terapéutico.

Interconsulta

Solicitud escrita dirigida a un especialista para obtener apoyo diagnóstico o terapéutico con un resumen clínico del caso.

Contenido

Motivo de interconsulta
Resumen clínico
Estudios realizados
Diagnóstico probable

Nota de referencia

Documento mediante el cual se traslada a un paciente el cual se traslada a un paciente a otro nivel de atención,

Contenido

Motivo de la referencia
Resumen clínico
Estudios realizados
Tratamiento aplicado

Nota de contrarreferencia

Informe que envía la unidad receptora a la emisora.

Contenido

Hallazgos clínicos
Estudios
Diagnóstico definido
Tratamiento aplicado
Recomendaciones

Consentimiento Informado de referencia y contrarreferencia
Documento que avala que el paciente acepta el traslado y comprende los riesgos.

Nota de egreso

Documento que se elabora al finalizar la atención

Contenido

Diagnóstico de egreso

Evolución

Tratamiento recibido

Prognóstico

Recomendaciones

Plan de seguimiento

Alta voluntaria

Documento firmado por el paciente en el que manifiesta su decisión de abandonar la atención médica en contra de la indicación profesional.

Valoración preoperatoria

Evaluación clínica completa antes de cirugía que determina riesgos, medidas preventivas y condiciones de seguridad para el paciente.

Preoperatorio

Documento previo a la cirugía donde se asientan diagnósticos quirúrgicos, diagnósticos preoperatorios, valoración de riesgo y plan quirúrgico

Preanestesia

Documento en el que se registra la valoración anestésica, antecedentes, alergias, exploración, clasificación ASA y el plan anestésico

Hoja de registros del transoperatorio

Documentos donde se anotan todos los eventos durante la cirugía: tiempos (inicio/fin de cirugía), medicamentos, incidentes, pérdidas hemáticas y evolución intraoperatoria.

Hoja de cirugía Segura.

Lista de verificación para garantizar identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento correcto, materiales y seguridad del acto quirúrgico.

Hoja de enfermería en quirófano.

Registro detallado de las actividades del personal de enfermería durante la cirugía (material, tiempos, cuidados, recuento de gases e instrumental).

Hoja de Cirugía Segura.

Lista de verificación para garantizar identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento correcto, materiales y seguridad del acto quirúrgico.

Hoja de intervención quirúrgica

Documento médico que describe la técnica quirúrgica empleada, hallazgos, procedimientos realizados y complicaciones.

Registro de anestesia

Documento donde se asientan fármacos administrados, dosis, monitoreo de signos vitales, dolor y complicaciones anestésicas.

Post operatorio

Documento donde se registra el estado clínico del paciente inmediatamente después de la cirugía, evolución y tratamiento inicial postoperatorio.

Consentimiento informado de cirugía

Documento escrito donde el paciente o familiar autoriza la intervención quirúrgica tras conocer el procedimiento, riesgos y alternativas.

Nota post anestésica

Documento que describe el estado del paciente en la recuperación anestésica: Conciencia, estabilidad hemodinámica, ventilación y complicaciones.

Análisis clínico.

Registro de estudios de laboratorio que apoyen el diagnóstico.

Certificado de defunción

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

Reporte de causa de muerte

Informe dirigido a la autoridad Sanitaria con la causa básica y Contribuyente de la defunción