



Mi Universidad

W! U! V! G! R! S! Q! S! Q!

Expediente clínico

Marla Mariela Santiz Hernández

Parcial I

Medicina Interna

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago

Medicina Humana

Quinto Semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre del 2025

HISTORIA CLINICA

Es el documento básico y fundamental dentro del expediente clínico, ya que se concentra toda la información médica y personal relevante de un paciente. Su adecuada elaboración es esencial para garantizar una atención segura, continua y de calidad, además de servir como respaldo médico legal y herramienta para investigación.

1. Ficha de elaboración.
2. Ficha de identificación
3. Tipo de interrogatorio (Directo, indirecto o mixto)
4. Antecedente Heredo-familiar
5. Antecedente personal no patológico
6. Antecedente personal patológico
7. Antecedente Gineco-obstétrico / Endocrínicos.
8. Padecimiento actual
9. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparatos → Respiratorio, Digestivo, cardiovascular, renal y urinario, Genital masculino o femenino, Endocrino, Hematopoyético y linfático, piel y anexos, músculo esquelético, nervioso, órgano de los sentidos, esfera psíquica.

10. Síntomas generales.
11. Exploración física
- 11.1 Signos Vitales: FC, TA, TPA, SpO₂, peso, talla, temperatura, IMC, Dextx.
- 11.2 Inspección general: Cabeza, Cuello, Tórax, Abdomen, Genitales externos, extremidades y exploración neurológica.
12. Dinámica diagnóstica: Símbomático, Signológico, anamnésico, fisiopatológico, por laboratorio y/o gabinete e imagenología, Etiológico, Resolución.
13. Diferenciales
14. Integral
15. Plan de manejo y tratamiento sugerido
16. Pronóstico
17. Elaborado por
18. Cédula
19. Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO

Es un documento legal y médico mediante el cual el paciente o en su caso su representante legal, manifiesta su aceptación para su hospitalización, después de haber recibido información suficiente y comprensible sobre la razones del ingreso, los procedimientos básicos que se realizarán y los posibles riesgos asociados.

1. Nombre de la institución de Salud
2. Nombre del documento
3. Lugar y Fecha
4. Identificación del paciente
5. Datos del representante legal (Si aplica)
6. Ingreso Hospitalario (Electiva o urgente)
7. Diagnóstico de ingreso
8. Plan de tratamiento
9. Riesgo más frecuente
10. Beneficio
11. Consentimiento voluntario
12. Nombre y Firma
 - Tutor o persona legalmente responsable
 - 2 Testigo
 - Médico tratante.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO HOSPITALARIO.

Documento mediante el cual el paciente o en su defecto su representante legal, autorizando voluntariamente su ingreso a la institución de salud

1. Unidad médica
2. Fecha de identificación paciente
3. Número de seguridad social
4. Lugar y fecha.

5. Consentimiento informado
6. Diagnóstico al ingreso a Urgencias
7. Riesgo mas frecuentes inherentes a la enfermedad
8. Beneficios
9. Alternativas
10. Nombre y firma presente legal
11. Nombre y firma de 2 testigo
12. Nombre y firma medico

NOTA DE INGRESO HOSPITALARIA

Documento medico que se crea y mantiene durante el periodo en que un paciente esta hospitalizado

1. Fecha de identificación paciente
2. Fecha y hora del ingreso
3. Numero del expediente clinico
4. Servicio de ingreso
5. Nombre del medico
6. Motivo de ingreso (Describir)
7. Padecimiento actual
8. Antecedente persona patologica
9. Antecedente personal no patologico
10. Antecedente heredo-familiar
11. Interrogatorio por aparatos y sistemas
12. Exploración física
13. Resultados de estudios iniciales
14. Impresión diagnóstica / Diagnóstica presuntiva
15. Plan terapéutico inicial
16. Pronóstico
17. Nombre y firma de doctor

NOTA MEDICA DE URGENCIA

Es un documento medico-legal en el que se registra la valoración inicial, diagnóstico presunto y plan terapéutico de un paciente que ingresa al servicio de urgencia. Sirve como base para la toma de decisiones inmediata y para dar continuidad al manejo clínico.

Nota de Ingreso

1. Identificación del paciente
2. Motivo de consulta
3. Padecimiento actual
4. Antecedentes importante
5. Exploración física
6. Impresión Diagnóstica
7. Plan terapéutico inmediato
8. Pronóstico
9. Nombre y firma y cédula Dr.
10. Procedimiento realizado en urgencia
11. Estudios Solicitados
12. Nota de evolución.

Nota Inicial

1. Identificación del paciente
2. Número de expediente clínico
3. Fecha y hora de elaboración
4. Diagnóstico definitivo
5. Evolución Clínica
6. Estudios realizados y resultados
7. Procedimiento quirúrgico o intervencion
8. Administración de medicamento
9. Plan de manejo de Seguros
10. Indicaciones médicas específicas
11. Pronóstico
12. Firma y cédula de médico

NOTA DE EVOLUCIÓN

Documento médico-legal en el que el médico responsable registra de manera cronológica y sistemática la evolución clínica del paciente durante su hospitalización. Es fundamental para la continuidad del cuidado, la comunicación entre el equipo de la salud y la evolución posterior de la calidad de la atención.

Urgencia

1. Fecha y hora de la elaboración de la nota
2. Evolución y estado actual del paciente
3. Resultados relevantes de estudios de laboratorio
4. gabinete y otros procedimientos de diagnóstico.
5. Diagnóstico actualizado
6. Tratamiento e instrucciones médicas.
7. Pronóstico
8. Nombre y firma del médico

Hospitalaria.

1. Fecha y hora de elaboración
2. Fecha de identificación del paciente
3. Número de cama
4. Signo vitales
5. Evolución y estado actual del paciente
6. Resultados relevantes de estudios
7. Diagnóstico actualizado
8. Pronóstico
9. Plan de tratamiento
10. Instrucciones
11. Próximo estudio
12. Nombre y firma del doctor.

NOTA DE EGRESO

Es un documento médico que resume la atención de un paciente durante su hospitalización incluyendo el diagnóstico final, el resumen de su evolución y el tratamiento que debe seguir en casa y recomendaciones para el cuidado ambulatorio, firmado por el médico tratante.

1. Identificación del paciente
2. Motivo de ingreso
3. Fecha de ingreso
4. Unidad proveedora
5. Servicio tratante, cama
6. Fecha y hora egreso
7. Médico tratante
8. Delegación
9. Tipo de ingreso (urgencia, programado, interhospitalario)
10. Tipo de egreso (Alta por mejoría, curación, transferencia, voluntaria, fuga, defunción).
11. Diagnóstico Inicial y principal
12. Procedimientos quirúrgicos
13. Complicaciones
14. Crecimiento, desarrollo y estado nutricional.
15. Síntesis del padecimiento actual
16. Resumen clínico
17. Identificación de quien llenará la hoja

NOTA DE REFERENCIA

Documento médico-legal que elabora el médico tratante para enviar a un paciente a otro nivel de atención hospital o especialista, con la finalidad de dar continuidad a su manejo, diagnóstico o tratamiento. Con objetivo es garantizar la continuidad de la atención médica, informar de manera clara y resumida sobre el estado actual del paciente y facilitar la interconsulta entre servicios y nivel de atención.

1. Identificación del paciente
2. Número de expediente
3. Fecha y hora de elaboración
4. Unidades médicas que refiere y unidades receptoras
5. Motivo de la referencia
6. Resumen clínico
7. Estudios realizados
8. Diagnóstico actual
9. Tratamiento indicado
10. Nombre y firma del médico

NOTA DE CONTRAREFERENCIA

Documento que devuelve al paciente a su unidad de origen, garantiza la continuidad del tratamiento, se emite tras la atención en un nivel superior.

1. Fecha de envío
2. Hospital al que lo envía
3. Nombre médico envía
4. Paciente actual
5. Evolución
6. Estudio paraclinico
7. Diagnóstico inicial
8. Condición clínica previa a su envío.
9. Examen clínico
10. Diagnóstico final
11. Recomendación para su manejo
12. Si debe de regresar
13. Firma y Nombre del médico

INTERCONSULTA

Documento médico que solicita la opinión o valoración de otro especialista para mejorar la atención del paciente

1. Número de expediente
2. Servicio donde se encuentra
3. Identificación de paciente
4. Fecha y hora de elaboración
5. Médico solicitante
6. Resumen clínico
7. Diagnóstico actual
8. Motivo de interconsulta
- Respuesta del especialista
- Identificación del especialista interconsulta

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Es el proceso mediante el cual un paciente da su autorización para ser enviado a otra unidad de salud para recibir atención especializada y luego ser referido de vuelta a su centro de salud de origen para continuar su tratamiento y a la inversa.

Referencia

1. Fecha de identificación de paciente
2. Número de expediente clínico
3. Nombre y clave de la unidad
4. Servicio que realiza la referencia
5. Fecha y hora de emisión
6. Nombre y clave de la unidad médica receptora.

7. Servicio al que sera dirigido
8. Diagnostico presuntivo o confirmado
9. Resumen de evolucion clinica
10. Procedimientos realizados antes del traslado
11. Justificación del caso
12. Estado general del paciente
13. Tratamiento previo al traslado
14. Nombre y firma de medico
15. Nombre y firma del responsable de transporte
16. Firma y huella digital del paciente o representante legal
17. Tipo de transporte
18. Hora de Salida y Hora de Llegada

Contrareferencia,

1. Identificación del paciente
2. Numero de expediente clinico
3. Nombre y clave de la unidad medica
4. Fecha y hora de elaboracion
5. Servicio que recibira al paciente
6. Diagnostico definitivo
7. Diagnostico Secundario
8. Tratamiento administrado durante la estancia
9. Procedimiento realizado
10. Evolucion clinica actual
11. Condición del paciente al momento de la contrareferencia
12. Medicamentos actuales
13. Plan de seguimiento
14. Estudios pendientes
15. Explicación al paciente sobre el traslado
16. Firma y nombre del paciente o familiar
17. Firma y cedula del medico
18. Tipo de transporte
19. Hora de salida y llegada
20. Responsable del traslado.

ALTA VOLUNTARIA

Es un documento legal que firma un paciente para solicitar su alta de un hospital asumiendo la plena responsabilidad de esto desearán, la cual se toma en cuenta de la recomendaciones del equipo médico.

1. Nombre y dirección del establecimiento
2. Nombre del paciente
3. Fecha y hora de alta hospitalaria
4. Nombre completo, edad, parentesco y firma de quien solicita el alta voluntaria
5. Presumen clínico
6. Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo
7. En su caso, nombre y firma del médico
8. Nombre y firma testigos.

NOTA PREOPERATORIA

Es un documento clínico que resume la valoración del estado de salud de un paciente antes de una cirugía, detallando el diagnóstico, el plan quirúrgico, los riesgos potenciales y cuidados.

1. Fecha de identificación del paciente
2. Fecha de Cirugía
3. Diagnóstico
4. Justificación quirúrgica
5. Plan quirúrgico y Riesgo
6. Cuidados preoperatorios
7. Signos vitales
8. Pronóstico
9. Nombre y firma médico
10. R/C y HIP su matrícula e firma.

NOTA PREANESTESIA

Es un documento elaborado por un anestesiólogo para registrar la evaluación clínica de un paciente previo a una intervención que requiera anestesia.

1. Información del paciente
2. Historia clínica detallada
3. Examen físico
4. Pruebas diagnósticas
5. Signos vitales
6. Plan anestésico
7. Consentimiento informado

NOTA VALORACION PREOPERATORIA.

Es el proceso de evaluación médica antes de una cirugía, cuyo objetivo es determinar el riesgo quirúrgico, optimizar el estado físico y psicológico del paciente y planificar el manejo perioperatorio para minimizar complicaciones.

1. Estudios de laboratorio y gabinete previos
2. Evaluación de riesgo anestésico, identificación de riesgo anestésico, plan de manejo anestésico
3. Plan quirúrgico (Tipo de anestesia, medidas de Vigilancia, transfusión, antibiótico)
4. Pronóstico

HOJA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Es un documento médico-legal en el que se registra de forma detallada y cronológica toda la información relacionada con un procedimiento quirúrgico.

1. Datos del paciente
2. Datos del equipo quirúrgico.
3. Fecha y hora de la cirugía
4. Procedimiento Anestésico
5. Tipo de anestesia
6. Procedimiento quirúrgico
7. Diagnóstico preoperatorio
8. Diagnóstico postoperatorio
9. Descripción de la cirugía
10. Complicaciones
11. Suministros y materiales usados
12. Muestras tomadas
13. Evolución y Seguimiento.

HOJA DE ENFERMERIA EN QUIRÓFANO

Documento médico-legal que registra de forma sistematizada y detallada todas las acciones, cuidados y observaciones realizadas por el personal de enfermería a un paciente durante el proceso ex.

1. Datos del paciente y equipo quirúrgico
2. Valoración inicial
3. Protocolo de Seguridad
4. Registro preoperatorio y postoperatorio
5. Datos Intraoperatorios
6. Cierre final de material e instrumental
7. Observaciones y complicaciones
8. Firma y nombre médico
- 9.

HOJA DE NOTIFICACION AL MINIST- ERIO PUBLICO.

Documento oficial mediante el cual el hospital informa a las autoridades competentes sobre situaciones que pueden involucrar delitos, violencias, accidentes, muerte no natural o casos médicos legales.

1. Nombre de la unidad médica
2. Numero de Notificación
3. Fecha
4. Hora de notificación
5. Responsable de la notificación
6. Identificación del paciente
7. Ubicación en la cama
8. El Servicio en el cual se encuentra el paciente dentro de la unidad.
9. Hora de ingreso del paciente
10. Numero de expediente.
11. Diagnostico
12. Descripción de lesiones
13. Nombre y firma del medico que notifica
14. Datos de la autoridad que recibe la notificación.

HOJA DE REGISTRO DEL TRANS- OPERATORIO

Es un documento fundamental en enfermería para registrar de manera detallada y organizada toda la atención y los cuidados proporcionados a un paciente durante el periodo de una cirugía desde su entrada hasta el final del procedimiento. Sirve como evidencia de las intervenciones de enfermería, facilita la comunicación del equipo.

1. Identificación del paciente
2. Tipo de cirugía
3. Diagnóstico preoperatorio
4. Fecha y hora de inicio y término el procedimiento
5. Sala o quirófano donde se realice
6. Equipo quirúrgico
7. Preparación e indicación se dio al paciente
8. Medicamento administrado
9. Tipo de anestesia
10. Materiales
11. Resultado del procedimiento
12. Nombre y Firma (Cirujano, Anestesiólogo).

HOJA DE CIRUGIA SEGURA

Es un formato estandarizado recomendado la OMS.
Actúa como una lista de verificación que permite al equipo quirúrgico confirmar aspectos críticos relacionados con el paciente, el procedimiento y los materiales.

1. Identificación del paciente
2. Número de expediente clínico
3. Diagnóstico preoperatorio
4. Procedimiento quirúrgico realizable
5. Consentimiento informado firmado
6. Alergias conocidas
7. Verificar de equipo y medicamento
8. Confirmación de ayuno
9. Breve explicación del procedimiento
10. Diagnóstico postoperatorio
11. Registro de complicaciones
12. Plan postoperatorio
13. Nombre y Firma del equipo Quirúrgico
14. Fecha y hora.

REGISTRO DE ANESTESIA

Documento crucial que detalla todos los eventos y decisiones tomadas durante un procedimiento anestésico, incluyendo información preoperatoria y intra e post y que sirve como expediente médico.

1. Datos del paciente
2. Datos de procedimiento quirúrgico
3. Datos del anestesiólogo
4. Tipo de anestesia
5. Medicamentos administrados
6. Signos vitales
7. Balance de líquidos
8. Pérdida sanguínea estimada
9. Transfusión
10. Complicaciones durante la anestesia
11. Estado del paciente al finalizar
12. Firmas del anestesiólogo y persona responsable.

POSTOPERATORIA

Es un documento médico que el cirujano redacta inmediatamente después de una cirugía para dejar constancia de lo se hizo, como hizo, que ocurrió.

1. Datos generales del paciente
2. Diagnóstico preoperatoria y postoperatoria.
3. Procedimiento realizado
4. Fecha y Hora
5. Nombre del cirujano y equipo
6. Tipo de anestesia
7. Hallazgos
8. Descripción del procedimiento
9. Complicaciones
10. Evolución inmediata
11. Indicaciones postoperatoria

NOTA POSTANESTESICA

Es el registro que realiza el anestesiólogo inmediatamente después de un procedimiento quirúrgico, donde se documenta la condición del paciente al salir y su respuesta a la anestesia, complicaciones.

1. Fichas de identificación
2. Conducto de emergencia
3. Tipo de procedimiento quirúrgico
4. Tipo de anestesia administrado
5. Fármacos administrados
6. Respuesta del paciente a la anestesia
7. Signos vitales postoperatorios
8. Complicaciones anestésicas
9. Indicaciones postanestesia
10. Nombre y firma del anestesiólogo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA

Garantiza a los pacientes en estudios estén informados sobre los riesgos y beneficios de un procedimiento quirúrgico antes de decidir si lo aceptan.

1. Datos del paciente
2. Datos del procedimiento quirúrgico
3. Diagnóstico
4. Descripción del procedimiento
5. Riesgo y complicaciones
6. Alternativas de tratamiento
7. Riesgo de no realizar la cirugía
8. Aceptación voluntaria del paciente
9. Lugar, fecha y hora
10. Firma y nombre del paciente
11. Firma y nombre médico

NOTA POSTANESTESICA

Es el registro que realiza el anestesiólogo inmediatamente después de un procedimiento quirúrgico, donde se documenta la condición del paciente al salir y su respuesta a la anestesia, complicaciones.

1. Fichas de identificación
2. Contacto de emergencia
3. Tipo de procedimiento quirúrgico
4. Tipo de anestesia administrada
5. Fármacos administrados
6. Respuesta del paciente a la anestesia
7. Signos vitales postoperatorios
8. Complicaciones anestésicas
9. Indicaciones postanestesia
10. Nombre y firma del anestesiólogo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA

Garantiza a los pacientes en estudios estén informados sobre los riesgos y beneficios de un procedimiento quirúrgico antes de decidir si lo aceptan.

1. Datos del paciente
2. Datos del procedimiento quirúrgico
3. Diagnóstico
4. Descripción del procedimiento
5. Riesgo y complicaciones
6. Alternativas de tratamiento
7. Riesgo de no realizar la cirugía
8. Aceptación voluntaria del paciente
9. Lugar, fecha y hora
10. Firma y nombre del paciente
11. Firma y nombre médico

SERVICIOS AUXILIARES.

Es el conjunto de servicios destinados a realizar estudios y procedimientos diagnósticos a los pacientes, con el objetivo de facilitar, complementar o establecer el diagnóstico.

Datos Iniciales

1. Título
2. Datos del paciente
3. Expediente
4. Número de cama
5. Fecha de Solicitud
6. Fecha de entrega de resultado
7. Servicio
8. Caracter de Solicitud
9. Nombre, Firma, y cedula del medico.

Datos Finales

1. Caracter de Solicitud
2. Nombre del medico
3. Cedula profesional
4. Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIOS

Es un proceso donde se informa al participante sobre un estudio de investigación para que pueda tomar una decisión libre y voluntaria sobre su participación.

1. Datos del paciente
2. Tipo de estudio
3. Propósito del estudio
4. Procedimiento detallado
5. Riesgos y posible complicación
6. Beneficio esperado
7. Alternativas disponibles
8. Riesgo de no realizar el estudio
9. Aceptación voluntaria
10. Lugar, fecha y hora
11. Firma y nombre del paciente, medico, testigo.

SERVICIOS AUXILIARES.

Es el conjunto de servicios destinados a realizar estudios y procedimientos diagnósticos a los pacientes, con el objetivo de facilitar, complementar o establecer el diagnóstico.

Datos Iniciales

1. Título
2. Datos del paciente
3. Expediente
4. Número de cama
5. Fecha de Solicitud
6. Fecha de entrega de resultado
7. Servicio
8. Caracter de Solicitud
9. Nombre, Firma, y cédula del médico.

Datos Finales

1. Caracter de Solicitud
2. Nombre del médico
3. Cédula profesional
4. Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIOS

Es un proceso donde se informa al participante sobre un estudio de investigación para que pueda tomar una decisión libre y voluntaria sobre su participación.

1. Datos del paciente
2. Tipo de estudio
3. Propósito del estudio
4. Procedimiento detallado
5. Riesgos y posible complicación
6. Beneficio esperado
7. Alternativas disponibles
8. Riesgo de no realizar el estudio
9. Aceptación voluntaria
10. Lugar, fecha y hora
11. Firma y nombre del paciente, médico, testigo

NOTAS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL

El certificado de D. es el formato único a nivel nacional establecido por la Secretaría de Salud de expedición gratuita y obligatoria que hace constar la defunción y la circunstancias que acompañaron al hecho. Es requisito indispensable para obtener el acta de defunción ante el registro civil.

1. Nombre de la fallecida
2. Fecha de nacimiento
3. Sexo
4. Entidad de nacimiento
5. Corp
6. ¿Se le reconoce como afroamericano?
7. ¿Se consideraba como indígena?
8. ¿Habla una lengua indígena?
9. Nacionalidad
10. Edad completa
11. Situación conyugal
12. Residencia habitual
13. Escolaridad
14. Ocupación habitual
15. Afiliación a servicios de salud
16. Nombre
17. Parentesco con la fallecida
18. Firma del informante
19. Sitio donde sucedió la defunción
20. Municipio donde sucedió la defunción
21. Fecha y hora de la defunción
22. ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesiones antes de la muerte?
23. ¿Se realizó una cirugía en las últimas 4 semanas?

24. ¿Fue defunción accidental o violenta?
25. Tipo de defunción.
26. Causas de la defunción
27. ¿Se realizó necropsia?
28. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años.
29. La fallecida presentó muerte encefálica?
30. Causa básica defunción
31. ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
32. Lugar donde ocurrió la lesión
33. La defunción fue registrada en el ministerio público con el acta número.
34. Relación de la presunta agresor con la fallecida.
35. Describa brevemente la situación.
36. Domicilio donde ocurrió la lesión
37. Certificado por
38. Si la (el) certificado es médico
39. Firma de la certificado
40. Domicilio y teléfono
41. Fecha de certificación
42. La defunción fue inscrita en la oficina o juzgado
43. Nombre del certificado
44. Lugar de registro
45. Fecha de registro

REPORTE DE CAUSA DE MUERTE

Documento oficial, emitido por un profesional de la medicina o autoridad sanitaria que certifica la causa de un fallecimiento, basándose en la cadena de eventos médicos que llevaron a la muerte.

1. Nombre completo e fecha identificación
2. Fecha de nacimiento
3. Entidad
4. Afiliación a servicios de salud. 5. Informante