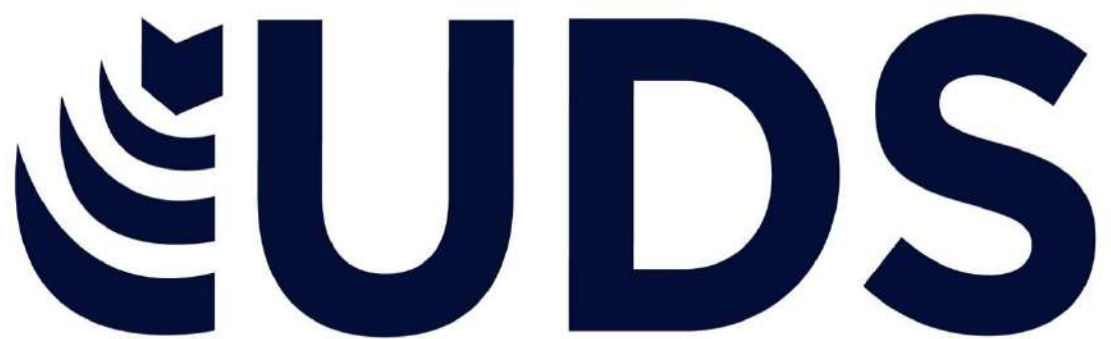




Mi Universidad

Expediente clínico

De la cruz Anzueto Laura Sofia.

Primer parcial

Medicina Interna.

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago.

Licenciatura en Medicina Humana.

Quinto semestre, grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 09 de septiembre del 2025.

EXPEDIENTE CLINICO

¿Cómo está compuesto?

HISTORIA CLÍNICA

1. Fecha de elaboración.
2. Ficha de identificación
3. Tipo de interrogatorio: Directo, Indirecto o Mixto.
4. Antecedentes Heredofamiliares.
5. Antecedentes Personales No patológicos.
6. Antecedentes Gineco - Obstétricos
- Antecedentes Andrológicos.
7. Antecedentes Personales Patológicos.
8. Padecimiento actual.
9. Interrogatorio por aparatos y sistemas.
Aparato: Respiratorio, digestivo, cardiovascular, renal y Urinario, Genital Masculino, Genital femenino, Endocrino, Hematopoyético y linfático, piel y anexos, músculo esquelético, nervioso, órgano de los sentidos, esfera psíquica.
10. Síntomas generales.
11. Exploración física.
12. Signos Vitales: FC, FR, TIA, SpO₂, Peso, talla, Temp, IMC, DxTx.
13. Inspección general.
 - 13.1 Cabeza.
 - 13.2 Cráneo
 - 13.3 Cara
 - 13.4 Oídos
 - 13.5 Cuello
 - 13.6 Tórax
 - 13.7 Glándulas Mamarias
 - 13.8 Abdomen
 - 13.9 Genitales externos
 - 13.10 Extremidades
 - 13.11 Exploración neurológica.
14. Pirámide diagnóstica.
15. Diagnósticas:
 - 15.1 Sintomático
 - 15.2 Signológico
 - 15.3 Anatómopográfico
 - 15.4 Fisiopatológico
 - 15.5 Por laboratorio y/o gabinete e imagenología
 - 15.6 Etiológico
 - 15.7 Nosológico.
16. Diferenciales
17. Integral
18. Plan de manejo y tratamiento sugerido
19. Pronóstico
20. Elaborado por..
21. Cédula
22. Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO

Documento legal y ético que se le presenta al paciente para que comprenda y acepte voluntariamente un procedimiento o tratamiento médico o la participación en una investigación.

1. Identificación del paciente y del centro de salud
2. Información clara y detallada
3. Competencia y voluntariedad
4. Derechos y responsabilidades
5. Confidencialidad
6. Posibilidad de revocar el consentimiento
7. Firmas.

NOTA MÉDICA DE URGENCIAS

Registro que documenta la atención brindada a un paciente en una situación de emergencia.

- De ingreso.

1. Datos de identificación
2. Fecha y hora
3. Motivo de la consulta
4. Padecimiento actual
5. Signos vitales
6. Exploración física
7. Estudios auxiliares
8. Impresión diagnóstica
9. Plan de tratamiento
10. Pronóstico.

- Inicial

1. Fecha y hora en la que se otorga el servicio
2. Signos vitales
3. Motivo de la consulta
4. Resumen del interrogatorio exploración física y el estado mental
5. Resultados relevantes de los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
6. Diagnósticos o problemas clínicos
7. Tratamiento y pronóstico.

NOTA DE EVOLUCIÓN

Registro narrativo y sistemático elaborado por profesionales para documentar los cambios y progresos de un paciente a lo largo del tiempo.

- Urgencias

1. Evolución y actualización del cuadro clínico
2. Signos vitales
3. Resultados relevantes de los estudios de servicios auxiliares de lab
4. Diagnósticos y problemas clínicos
5. Pronóstico
6. Tratamiento e indicaciones médicas.

- Hospitalaria

1. Evolución y actualización del cuadro clínico
2. Signos vitales
3. Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de lab.
4. Diagnósticos y problemas clínicos.
5. Pronóstico
6. Tratamiento e indicaciones médicas en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

NOTA DE INGRESO HOSPITALARIO

Documento médico que resume el estado inicial de un paciente al ser admitido en un hospital, detallando su historial médico.

1. Ficha de identificación
2. Motivo de ingreso
3. Historial médico
4. Signos vitales
5. Exploración física
6. Estudios complementarios
7. Diagnósticos
8. Plan de tratamiento
9. Datos del médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO HOSPITALARIO

1. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento
2. Nombre, razón o denominación social del establecimiento.
3. Título del documento
4. Lugar y fecha de emisión
5. Diagnósticos completos
6. Acto médico autorizado
7. Señalar los riesgos, beneficios físicos del tratamiento o intervención, la duración y alternativas, si no hubiera del acto médico a realizar.
8. Acción terapéutica y en que consiste.
9. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado.
10. Nombre completo y firma del médico que proporciona la información.
11. Nombre completo, firma del paciente o huella digital o del representante legal
12. Nombre y firma de los testigos.

INTERCONSULTAS

Reunión clínica para discutir el estado de salud de algún enfermo.

1. Criterios diagnósticos
2. Plan de estudios
3. Sugerencias diagnósticas y tratamiento
4. Fecha y hora en la que se otorga el servicio
5. Signos vitales
6. Motivo de la atención
7. Resumen del interrogatorio
8. Resultados relevantes
9. Diagnóstico y tratamiento

NOTA DE REFERENCIA

Se usa para transferir la atención médica entre especialistas o instituciones.

1. Establecimiento que envía
2. Establecimiento receptor
3. Resumen clínico que incluye:
4. Motivo de envío
5. Impresión diagnóstica
6. Terapéutica empleada

NOTA DE CONTRAREFERENCIA

1. Datos del paciente
2. Unidad que contra refiere
3. Fecha de egreso o contrarreferencia
4. Resumen clínico
5. Diagnóstico
6. Estudios de laboratorio y gabinete
7. Tratamiento aplicado
8. Recomendaciones para el seguimiento
9. Firma del profesional.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REFERENCIA / CONTRA

Se refiere a la información que se da al paciente sobre la transferencia de su atención a otro nivel.

1. Diagnóstico
2. Intervención
3. Riesgos y beneficios
4. Alternativas
5. Necesidad de transferencia

NOTA DE EGRESO

Resumen médico que detalla el estado de salud del paciente al momento de su salida.

1. Datos del paciente
2. Datos de la hospitalización
3. Diagnósticos
4. Resumen de la estancia
5. Condición de alta
5. Plan de alta:
 - Alimentación
 - Medicamentos
 - Cuidados generales
 - Exámenes
 - Interconsultas.

ALTA VOLUNTARIA

1. Identificación del paciente
2. Datos del hospital y servicio
3. Resumen clínico
4. Exposición de motivos
5. Constancia de riesgos
6. Firmas

NOTA PRE OPERATORIA

Documento clínico que resume la valoración del estado de salud del paciente.

1. Ficha de identificación
2. Fecha de la cirugía
3. Diagnóstico
4. Justificación quirúrgica
5. Plan quirúrgico
6. Riesgos quirúrgicos
7. Cuidados preoperatorios
8. Signos vitales
9. Pronóstico
10. Nombre y firma de los que participan en la cirugía.

NOTA PREANESTÉSICA

Documento médico que recopila la evaluación de un paciente por un anestesiólogo antes de una cirugía.

1. Ficha de identificación
2. Historia clínica detallada
3. Examen físico
4. Pruebas diagnósticas
5. Signos vitales
6. Plan anestésico
7. Consentimiento informado.

HOJA DE REGISTRO TRANSOPERATORIO

Documento legal y clínico que registra todos los eventos, cuidados y datos relevantes de un paciente en una cirugía.

1. Datos del paciente
2. Monitorización de signos vitales
3. Cuidados y procedimientos
4. Administración de medicamentos
5. Eventos peroperatorios
6. Alergias y anestésicos

HOJA DE CIRUGIA SEGURA

Herramienta creada por la OMS que ayuda al equipo quirúrgico a prevenir errores comunes y mejorar la seguridad del paciente.

- | | | |
|---|--|---|
| 1. Entrada: <ul style="list-style-type: none">- Identificación del px- Sitio quirúrgico- Procedimiento- Consentimiento informado- Ayuno- Alergias | 2. Puesta quirúrgica <ul style="list-style-type: none">- Presentación del equipo- Confirmación del px- Plan de intervención- Profilaxis- Instrumental y equipos | 3. Salida <ul style="list-style-type: none">- Etiquetado de muestras- Recuento de material- Identificación de riesgos- Cierres y puntos de seguridad. |
|---|--|---|

HOJA DE ENFERMERIA EN QUIRÓFANO

1. Ficha de identificación del px.
2. Registro de la cirugía y el equipo
3. Valoración y cuidados
4. Control de muestras y materiales
5. Incidencias y comunicación

REGISTRO DE ANESTESIA

1. Datos del paciente

- Historial médico
- Pruebas complementarias realizadas
- Estado de ayuno
- Tratamientos y alergias
- Clasificación ASA

2. Datos preanestésicos

- Firma del consentimiento informado
- Evaluación preanestésica.
- Planificación y elección de la técnica anestésica.

3. Datos intraoperatorios

- Signos vitales monitorizados
- Administración de medicamentos y líquidos
- Técnica anestésica utilizada
- Identificación del médico
- Notas sobre la operación.

4. Datos postoperatorios

- Duración de la anestesia
- Balance hídrico
- Plan de manejo y tratamiento
- Estado clínico
- Firma del médico.

HOJA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

1. Datos de identificación

- Nombre completo del paciente
- Identificación del cirujano y personal
- Fecha y hora de la intervención.

2. Información preoperatoria

- Diagnóstico del px.
- Procedimiento a realizar
- Tratamiento farmacológico.
- Tipo y duración de la anestesia
- Resultado de estudios de diagnóstico

3. Detalles intraoperatorios

- Descripción del procedimiento a realizar
- Hallazgos en el procedimiento
- Anotación de la localización de la intervención
- Etiquetado y manejo de muestras
- Registro de problemas

4. Información postoperatoria

- Indicaciones postquirúrgicas
- Plan de tratamiento postoperatorio quirúrgico.

NOTA POSTOPERATORIA

1. Diagnóstico preoperatorio
2. Operación planeada
3. Operación realizada
4. Diagnóstico postoperatorio
5. Descripción de la técnica quirúrgica
6. Hallazgos transoperatorios
7. Reporte del conteo de gases y material
8. Incidentes y accidentes
9. Cuantificación de sangrado
10. Cuantificación de secreciones y exudados de diagnóstico
11. Equipo médico en la cirugía.
12. Estado post-quirúrgico inmediato
13. Plan de manejo y tratamiento postoperatorio
14. Pronóstico
15. Envío de piezas o biopsias
16. Hallazgos
17. Nombre y firma del responsable de la cirugía.

NOTA POST ANESTÉSICA

1. Datos del paciente y cirugía
2. Técnica y fármacos
3. Tiempo y monitorización
4. Condición del paciente
5. Monitorización continua
6. Proceso de recuperación
7. Plan de manejo
8. Firma del profesional

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CIRUGÍA

1. Identificación del paciente
2. Detalles del procedimiento
3. Conformidad del paciente
4. Fecha y hora
5. Firma del paciente
6. Riesgos y beneficios
7. Alternativas
8. Consecuencias
9. Cuidados postoperatorios

ANÁLISIS CLÍNICO

Análisis a todas las muestras biológicas como sangre, orina o tejido realizado en un laboratorio para evaluar el estado de salud de una persona.

HOJA DE NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO PÚBLICO

Documento oficial que informa sobre una situación o evento que requiere su intervención.

1. Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador.
2. Fecha de elaboración
3. Identificación del paciente
4. Año notificado
5. Reporte de lesiones del paciente
6. Agencia o Ministerio a la que se notifica
7. Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

HOJA DE ENFERMERIA

1. Hábitos exterior
2. Gráfica de signos vitales
3. Administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía administrada
4. Procedimientos realizados
5. Observaciones

SERVICIOS AUXILIARES

1. Fecha y hora del estudio
2. Identificación del paciente
3. Estado actual
4. Problema clínico en estudio
5. Resultados de estudios
6. Incidentes y accidentes
7. Identificación del personal
8. Nombre y firma del personal que informa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIOS

1. Nombre del proyecto de investigación
2. Procedimientos
3. Riesgos inconvenientes
4. Beneficios esperados
5. Confidencialidad
6. Derechos del participante
7. Aprobación
- 8.

TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE

1. Datos del paciente.
2. Datos de la unidad de sangre
 - No. de unidad
 - Tipo de anticoagulante y solución nutritiva
 - Volumen
 - Grupo sanguíneo ABO y Factor RH
 - Resultados de pruebas cruzadas.
 - Resultados negativos de pruebas serológicas
 - Fecha de extracción y caducidad de la unidad.
3. Procedimiento de transfusión.
 - Indicación de la transfusión
 - Velocidad de administración
 - Número de unidades a transfundir
 - Equipo de transfusión
 - Tiempo requerido para transfundir
4. Monitorización y seguimiento.
5. Documentación.
 - consentimiento informado
 - Nombre y firma y matrícula del médico responsable.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSFUSIÓN

1. Descripción del procedimiento.
2. Indicación clínica
3. Beneficios esperados
4. Riesgos y efectos adversos
5. Alternativas
6. Consecuencias de la no intervención
7. Preguntas y dudas
8. Derecho de revocación
9. Firma del paciente.

NOTAS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL

- Datos del fallecido
- Causas de la muerte
- Datos del informante
- Datos del certificador
- Datos del registro civil
- MUERTE FETAL**
 - Edad gestacional
 - Datos sobre embarazos anteriores
 - Información sobre la madre o gestante



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

1. Datos del fallecido.

2. Datos del deceso

- Fecha y hora exactas del fallecimiento
- Lugar donde ocurrió la muerte
- Indicación de si se tuvo atención médica previa.

3. Causas de muerte:

- Parte I: Se describe la secuencia de eventos que llevaron directamente a la muerte.

- Parte II: Se registran otras condiciones patológicas que pudieron contribuir a la muerte.

4. Información del certificador.

5. Información del solicitante.

REPORTE DE CAUSA DE MUERTE

1. Identificación del fallecido

2. Datos de defunción: Fecha, hora y lugar de muerte.

3. Datos del declarante

4. Datos estadísticos y demográficos!

- Lugar de residencia
- Ocupación
- Nivel de escolaridad
- Si es afroamericano
- Si habla alguna lengua indígena.

Bibliografía

Salud, S. d. (2012). *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012*. Recuperado el 09 de Septiembre de 2025, de NORMA OFICIAL MEXICANA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787