

Resumen del expediente clínico publicado en el *Diario Oficial de la Federación*

La revista *Anales Médicos*, la Dirección General, la Dirección Médica y la Asociación Médica del Hospital ABC elaboraron este resumen del expediente clínico publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, cuyas normas habrán de regir y ser vigentes, en la estructura de los expedientes clínicos, en los hospitales de la República Mexicana.

La información contenida, representa el formato «oficial vigente» al cual deberán apegarse todos los centros de salud de la República Mexicana.

Atentamente,

El Comité Editorial

Resumen de los puntos importantes en el expediente clínico

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica.

5.1 Los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

5.3. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años contados a partir de la fecha del último acto médico.

5.4. El médico así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma en forma ética y profesional.

5.9. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo así como la firma de quien la elabora.

Para el caso de los expedientes de psicología clínica, tanto la historia clínica como las notas de evolución se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la presente Norma.

6. Del expediente en consulta externa.

Deberá contar con:

6.1. Historia clínica.

Deberá elaborarla el médico y constará de interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos en el orden siguiente:

6.1.1. Interrogatorio. Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto) y no patológicos, padecimiento actual (incluido taba-

quismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas.

6.1.2. Exploración física. Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria) así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.

6.1.3. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.

6.1.4. Terapéutica empleada y resultados obtenidos.

6.1.5. Diagnósticos o problemas clínicos.

6.2. Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente ambulatorio de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

6.2.1. Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).

6.2.2. Signos vitales.

6.2.3. Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

6.2.4. Diagnósticos: y

6.2.5. Tratamiento e indicaciones médicas en el caso de medicamentos, señalando como mínimo dosis, vía y periodicidad.

En el caso de control de embarazadas, niños sanos, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

6.3. Notas de interconsulta.

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

La elabora el médico consultado y deberá contar con:

6.3.1. Criterios diagnósticos.

6.3.2. Plan de estudios.

6.3.3. Sugerencias diagnósticas y tratamiento: y

6.3.4. Demás que marca el numeral 7.1

6.4. Nota de referencia/traslado.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente: constará de:

6.4.1. Establecimiento que envía.

6.4.2. Establecimiento receptor.

6.4.3. Resumen clínico que incluirá como mínimo:

I. Motivo de envío.

II. Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).

III. Terapéutica empleada, si la hubo.

7. De las notas médicas en urgencias.

7.1. Inicial

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

7.1.1. Fecha y hora en que se otorgó el servicio.

7.1.2. Signos vitales.

7.1.3. Motivo de la consulta.

7.1.4. Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso.

7.1.5. Diagnósticos o problemas clínicos.

7.1.6. Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

7.1.7. Tratamiento: y

7.1.8. Pronóstico.

7.2. Notas de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la presente Norma.

7.2.1. En los casos en los que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de interconsul-

ta que deberá realizar el médico especialista.

7.3. *De referencia/traslado.*

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3 de la presente Norma.

8. De las notas médicas en hospitalización.

8.1. *De ingreso.*

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

8.1.1. Signos vitales.

8.1.2. Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso.

8.1.3. Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

8.1.4. Tratamiento: y

8.1.5. Pronóstico.

8.2. *Historia clínica.*

Las notas se llevarán a cabo conforme a lo previsto en el numeral 6.1 de la presente Norma.

8.3. *Notas de evolución.*

Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la presente Norma.

8.4. *Nota de referencia/traslado.*

Las notas se llevarán a cabo conforme a lo previsto en el numeral 6.3 de la presente Norma.

8.8. *Notas de egreso.*

Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:

8.8.1. Fecha de ingreso/egreso.

8.8.2. Motivo del egreso.

8.8.3. Diagnósticos finales.

8.8.4. Resumen de la evolución y el estado ac-

tual:

8.8.5. Manejo durante la estancia hospitalaria:

8.8.6. Problemas clínicos pendientes:

8.8.7. Plan de manejo y tratamiento:

8.8.8. Recomendaciones para vigilancia ambulatoria:

8.8.9. Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones):

8.8.10. Pronóstico: y

8.8.11. En caso de defunción, las causas de la muerte, acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

10. Otros documentos.

10.1. Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. En seguida se reúnen los que sobresalen por su frecuencia.

10.1.1. *Cartas de consentimiento bajo información.*

10.1.1.1. Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1.1. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento en su caso:

10.1.1.1.2. Nombre, razón o denominación social del establecimiento:

10.1.1.1.3. Título del documento.

10.1.1.1.4. Lugar y fecha en que se emite:

10.1.1.1.5. Acto autorizado.

10.1.1.1.6. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.

10.1.1.1.7. Autorización del personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva: y

10.1.1.1.8. Nombre completo y firma de

los testigos.

10.1.1.2. Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

10.1.1.2.1. Ingreso hospitalario.

10.1.1.2.2. Procedimientos de cirugía mayor:

10.1.1.2.3. Procedimientos que requieran anestesia general.

10.1.1.2.4. Salpingooclasis y vasectomía:

10.1.1.2.5. Trasplantes.

10.1.1.2.6. Investigación clínica en seres humanos.

10.1.1.2.7. De necropsia hospitalaria:

10.1.1.2.8. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

10.1.1.2.9. Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.1.3. El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

10.1.1.4. En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

10.1.2. Hoja de egreso voluntario.

10.1.2.1. Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar:

10.1.2.2. Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva médica del profesional que se encar-

gará del tratamiento y constará de:

10.1.2.2.1. Nombre y dirección del establecimiento.

10.1.2.2.2. Fecha y hora de alta:

10.1.2.2.3. Nombre completo, edad, parentesco, en su caso, y firma de quien solicita el alta.

10.1.2.2.4. Resumen clínico que se emitirá con arreglo en lo previsto en el apartado 5.8 de la presente Norma.

10.1.2.2.5. Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo:

10.1.2.2.6. En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva.

10.1.2.2.7. Nombre completo y firma del médico que emite la hoja: y

10.1.2.2.8. Nombre completo y firma de los testigos.

10.1.3. Hoja de notificación al Ministerio Público.

En casos en que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener:

10.1.3.1. Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador:

10.1.3.2. Fecha de elaboración:

10.1.3.3. Identificación del paciente:

10.1.3.4. Acto notificado:

10.1.3.5. Reporte de lesiones del paciente, en su caso:

10.1.3.6. Agencia del Ministerio Público a la que se notifica: y

10.1.3.7. Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación:

10.1.4. Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica.