

**INTERNADO
MÉDICO
2016**



**PROGRAMA
ACADÉMICO**



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA



**MÉDICO CIRUJANO Y
PARTERO**

INTERNADO MÉDICO

PROGRAMA ACADÉMICO 2016

**DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN ESPECÍFICA EN
CLINOPATOLOGÍA E INTERNADO ROTATORIO**



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

SECRETARIA ACADÉMICA

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA

DIRECCIÓN

SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA

DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN ESPECÍFICA EN

CLINOPATOLOGÍA E INTERNADO ROTATORIO

ACADEMIA DE INTERNADO MÉDICO

INTERNADO MÉDICO

Sexto año (11º y 12º semestre)



PROGRAMA ACADÉMICO DEL INTERNADO MÉDICO

DIRECTORIO

DR. ELEAZARA LARA PADILLA
DIRECTOR

DR. CELSO PÉREZ ROSTRO
SUBDIRECTOR ACADÉMICO INTERINO

DR. JUAN MANUEL ARAUJO ÁLVAREZ
SUBDIRECTOR DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL

DRA. ROSA GARCÍA Y GALLARDO
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA INTERINA

DR. TEODORO BAZÁN SOSA
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN ESPECÍFICA EN
CLINOPATOLOGÍA E INTERNADO ROTATORIO**

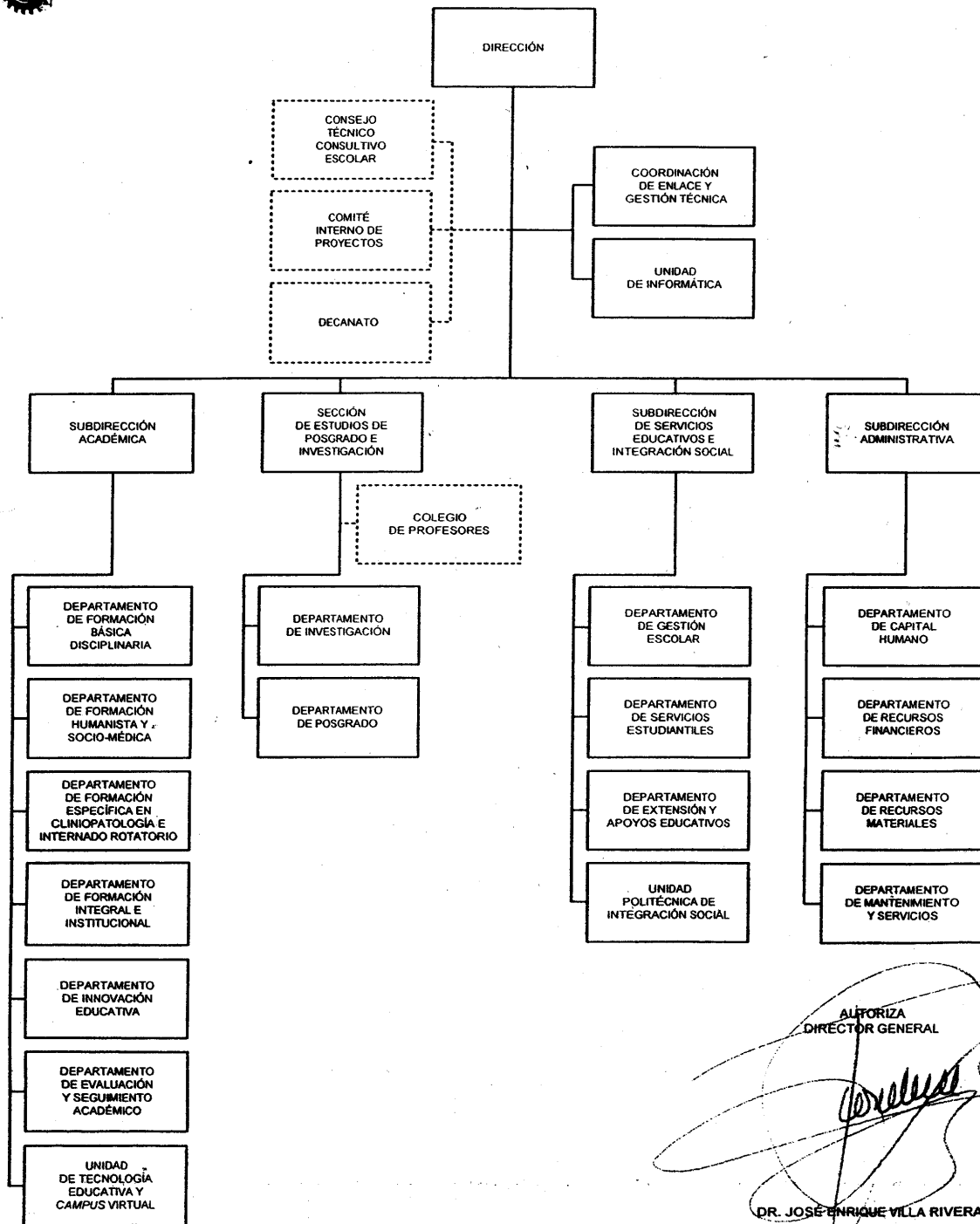
DR. OSCAR GERARDO ESCÁRCEGA NAVARRETE
**SUBJEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN ESPECÍFICA EN
CLINOPTOLOGIA E INTERNADO ROTATORIO Y COORDINADOR DE
INTERNADO MÉDICO**

“LA TÉCNICA AL SERVICIO DE LA PATRIA”



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL

ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA



AUTORIZA
DIRECTOR GENERAL

DR. JOSÉ ENRIQUE VILLA RIVERA



MISIÓN DE LA CARRERA

Formar médicos de alta calidad profesional que contribuyan al mejoramiento del Sistema Nacional de Salud, en estrecha vinculación con la comunidad; con el propósito de participar en el desarrollo científico, tecnológico, económico y social de México.

En congruencia con el planteamiento anterior, y con el legado histórico de la Escuela Superior de Medicina, se toma imprescindible impulsar y fortalecer en sus estudiantes, egresados, trabajadores, profesores y autoridades el compromiso de contribuir a la modificación del panorama de salud, en un contexto de universalidad, equidad, y calidad; para lo cual, la escuela habrá de brindar los conocimientos, científicos, técnicos y humanísticos que les permitan fomentar en la población, una cultura de la salud física y mental; así como de ofrecer una atención médica eficaz y oportuna ante los problemas de salud y enfermedad.

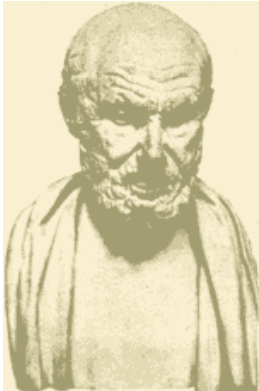
Con este propósito, la comunidad escolar promoverá continuamente la creación de ámbitos educativos que propicien la innovación y la creatividad en la docencia, el servicio, la investigación y la vinculación interinstitucional, a fin de que sus egresados se distingan por el ejercicio de un pensamiento libre y universal, en la observancia de principios éticos y humanísticos propios de su práctica médica profesional.

La Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, asume el compromiso de preparar profesionistas de su tiempo, con un espíritu abierto, tolerante, crítico, cooperativo, investigador, creativo y realizador; capaces de contribuir al perfeccionamiento del conocimiento en su campo y trascender con ello las fronteras nacionales, lo que implica aprovechar y ampliar su interés por la ciencia, las artes, la ética la política y la historia de su profesión, de su institución del país y de la comunidad.



JURAMENTO HIPOCRATICO

"Juro por Apolo médico y por Asclepio y por Hygiea y por Panacea y todos los dioses y diosas, poniéndoles por testigos, que cumpliré, según mi capacidad y mi criterio, este juramento y declaración escrita:



Trataré al que me haya enseñado este arte como a mis progenitores, y compartiré mi vida con él, y le haré partícipe, si me lo pide, y de todo cuanto le fuere necesario, y consideraré a sus descendientes como a hermanos varones, y les enseñaré este arte, si desean aprenderlo, sin remuneración ni contrato y haré partícipes de los preceptos y de las lecciones orales y de todo otro medio de aprendizaje no sólo a mis hijos, sino también a los de quien me haya enseñado y a los discípulos inscritos y ligados por juramento según la norma médica, pero a nadie más.

Me serviré, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar.

No daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente.

No castraré ni siquiera (por tallar) a los calculosos, antes bien, dejaré esta actividad a los artesanos de ella.

Cada vez que entre en una casa, no lo haré sino para bien de los enfermos, absteniéndome de mala acción o corrupción voluntaria, pero especialmente de trato erótico con cuerpos femeninos o masculinos, libres o serviles.

Si en mi práctica médica, o aun fuera de ella, viviese u oyere, con respeto a la vida de otros hombres, algo que jamás deba ser revelado al exterior, me callaré considerando como secreto todo lo de este tipo. Así pues, si observo este juramento sin quebrantarlo, séame dado gozar de mi vida y de mi arte y ser honrado para siempre entre los hombres; más, si lo quebranto y cometo perjurio, succédame lo contrario".



CONTENIDO

Antecedentes	9
Organigrama	10
Justificación	11
Marco legal	12
Objetivos	13
Metas	13
Límites	
a. Espacio	14
b. Tiempo	15
c. Universo	16
Actividades	16
Organización	17
Recursos humanos	18
Recursos materiales	19
Desarrollo de actividades	19
Evaluación	24
Programa académico	26
a. Medicina interna	27
b. Cirugía general	30
c. Ginecología y obstetricia	32
d. Urgencias	34
e. Medicina familiar	36
Cronograma	39
Anexos	40
a. Anexo 1: normas que regulan los derechos y obligaciones de internos	
b. Anexo 2: funciones y responsabilidad de profesores	
c. Anexo 3: Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	
Carta de Consentimiento Informado	55



ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

ANTECEDENTES

La carrera de Medicina en el Instituto Politécnico Nacional nació el 4 de marzo de 1938 bajo la premisa de generar personal en salud para el medio rural. La carrera de medicina rural se generó como Departamento de Medicina Rural en la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del propio Instituto. En 1945, la carrera de medicina se constituyó como Escuela Superior de medicina Rural formando parte de las escuelas del IPN ya con cuerpo directivo propio. En 1957 y como resultado de la reunión de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de medicina, la ESM Rural adoptó la organización departamental constituida por una dirección, 1 subdirección, 9 jefaturas de departamento, una de enfermería y obstetricia y otra de optometría además del personal administrativo y secciones académicas.

De 1960 al 71, la organización de la escuela sufrió modificaciones en su estructura y el cuadro directivo estuvo a cargo de un director, un subdirector, un secretario (este último no aparece como estructura en el organigrama), jefe de enseñanza, jefes de departamento, área administrativa y secciones.

Ya en 1972 se vuelve a reestructurar conformándose ahora con una dirección, una subdirección administrativa de la que dependían 8 departamentos (contabilidad, estadística, personal, pagaduría, transportes, prefectura, mantenimiento y bioterio), la subdirección escolar de la que dependía el departamento de enseñanza, de enseñanza audiovisual, carrera de optometría, carrera de medicina, becas, sección de graduados e investigación, biblioteca y educación física.

En los años venideros hubo nuevamente transformaciones organigramicas donde se separa ahora Optometría y se fortalecen otras áreas. Finalmente, con la incursión en una reforma educativa y la reestructura Institucional es que para el 2009 se modifica el organigrama quedando de la siguiente forma:



JUSTIFICACIÓN

El internado médico es un periodo académico obligatorio en la formación de médicos generales, el aprendizaje práctico médico-quirúrgico que se adquiere en este periodo anual de formación profesional previo al servicio social y a la titulación, contempla varios aspectos vinculados con diversos estándares de calidad que las mismas escuelas deben cumplir para garantizar una educación médica acorde a las necesidades de nuestra sociedad.

El internado médico permite integrar y aplicar el conocimiento, habilidades y destrezas aprendidas en los cinco años precedentes de la carrera, modifica la actitud, da la pauta a la definición de la vocación de servicio, concreta la razón del ser médico, éstas actividades medicas comprenden principalmente el aprendizaje en la elaboración, integración y formación del principal documento científico del médico, el expediente clínico, donde se integra el antecedente, exploración, análisis, diagnóstico y tratamiento del enfermo que atendemos; así como la prevención y rehabilitación en áreas fundamentales: medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía general, urgencias, medicina familiar y salud pública.

Este periodo se desarrolla durante un año completo que equivale a los semestres décimo primero y duodécimo de la carrera, durante el cual se cumplen seis asignaturas de enseñanza predominantemente práctica con rotación por área. El interno de pregrado se integra a las actividades asistenciales en los hospitales y se comporta como parte integral del equipo médico hospitalario, se sujeta a las disposiciones de tipo técnico y administrativo que establece el hospital.

El internado médico se cumple en hospitales de segundo y/o tercer nivel de atención médica que cuenten con los servicios básicos para las áreas de enseñanza programáticas y que forman parte del sistema nacional de salud, en el catalogo de la dirección general de calidad y educación en salud de la secretaria de salud.

Es indudable que este período académico permite al alumno tener una experiencia personal de asistencia en el ámbito hospitalario, lo que complementa su formación como médico cirujano. El alumno puede tener en un lapso relativamente breve y en forma secuencial, experiencias significativas de aprendizaje en áreas fundamentales que permitan al interno de pregrado integrar sus conocimientos en la atención de pacientes en un contexto hospitalario, sin descuidar el aspecto humano, familiar y de la comunidad.



MARCO LEGAL

El marco jurídico que rige el Internado Médico de Pregrado se encuentra regulado por las disposiciones legales en materia de educación y de salud; para su cumplimiento trabajan en forma coordinada las Instituciones de Salud y el Instituto Politécnico Nacional. Las leyes, reglamentos y acuerdos que enmarcan jurídicamente al Internado Médico de Pregrado son:

- ◆ Ley General de Salud en su Título Cuarto, Capítulo III, Art. 94, la cual entró en vigor el 7 de mayo de 1997 y Título Cuarto, Capítulo III, Art. 95, entrando en vigor el 1 de julio de 1984, publicados respectivamente en el Diario Oficial de la Federación.
- ◆ Ley Estatal de Salud en su título V capítulo I
- ◆ Reglamento por el que se establecen las Bases para la realización del Internado de Pregrado expedidas por el Ejecutivo Federal publicado en el Diario Oficial el 8 de diciembre de 1983 y publicado el 9 de diciembre del mismo año..
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA-2003 “Utilización de Campos Clínicos para ciclos clínicos e Internado de Pregrado
- ◆ Programas específicos de colaboración que al respecto formulen las instituciones educativas con la salud.
- ◆ Manual del Interno de Pregrado en la Secretaría de Salud
- ◆ Convenios de colaboración para la realización de internado entre Instituciones Educativas y de Salud.
- ◆ Normas Académicas y Administrativas para el Desarrollo del Internado Médico de Pregrado emitidas por el Comité de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), en 1986.
- ◆ Reglamentos internos en cada institución, unidad hospitalaria y servicio, que marcan los lineamientos a seguir y deben ser conocidos y respetados por alumnos y demás personal de salud.

Esta regulación fundamenta jurídicamente la figura del médico interno de pregrado, su universo de trabajo, sus competencias, el periodo de duración, su carácter académico, las características académico asistenciales, su obligatoriedad en la parte final de la licenciatura del Médico en formación y requisito inviolable para el acceso al servicio social y al proceso de titulación.



OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del programa de internado médico es reforzar en el alumno los conocimientos que ha adquirido mediante el contacto supervisado con situaciones reales de la atención hospitalaria de enfermos; así como propiciar el desarrollo de la capacidad de respuesta afectiva y psicomotriz en el campo de los servicios asistenciales que se prestan en un hospital general del segundo nivel de atención.

OBJETIVOS INTERMEDIO

Además se deben alcanzar los siguientes objetivos intermedios:

- ◆ Establecer el diagnóstico integral y la solución de los problemas de salud de la población demandante, consolidando con ello su capacidad como Médico General.
- ◆ Fortalecer en el Médico Interno el espíritu humanista, la ética, los principios y actitudes, las cuales son el eje para el desarrollo profesional y personal.
- ◆ Forjar en el Médico Interno la constante actualización de los conocimientos que se encuentren respaldados en bases científicas firmes, el hábito de estudio y la autocrítica a través del aprendizaje autodirigido.
- ◆ Consolidar en el Médico Interno las bases suficientes para la práctica profesional y tener la capacidad para la obtención de otros grados académicos.



TIEMPO

El periodo a realizar el internado rotatorio de pregrado es de un año ininterrumpido distribuido en la siguiente forma:

CONCEPTO	DEFINICION
Año Escolar	6º. Año
Duración	52 semanas
Semestres	11º Y 12º
Créditos	102
Vacaciones	2 periodos (1 por semestre de 10 días hábiles)
Horas / Semana	40 Hrs. Días hábiles más práctica complementaria (guardias cada tercer día)
Teoría	10 horas
Practica	30 horas
Tipo	Teórico practico
Carácter	Obligatorio

11º Y 12º SEMESTRES (INTERNADO MÉDICO)	
ASIGNATURA	INCOMPATIBILIDAD
Medicina Interna	El alumno debe acreditar todas las asignaturas
Cirugía General	
Pediatría	
Urgencias	
Ginecología y Obstetricia	
Medicina Familiar y/o Preventiva	



ESTRUCTURA DEL PROGRAMA Y

METODOLOGÍA DE LA ENSEÑANZA

A fin de lograr los objetivos planeados, el alumno recibirá su entrenamiento en unidades de atención a la salud que cuenten con los servicios de gineco obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general, urgencias y medicina familiar o comunidad ya que la práctica en estos servicios se considera necesaria para la formación del médico general.

En cada uno de estos seis servicios el alumno efectúa dos tipos de actividades estrechamente vinculadas entre sí:

1. **La educación en servicio** o de integración teórico práctica, debido a que con base en el ejercicio de una actividad asistencial el alumno aplica por primera vez o refuerza conocimientos y habilidades en la resolución de problemas (casos clínicos), aplicando medidas preventivas, curativas o de rehabilitación, evitando en todo momento las complicaciones.

La educación en servicio a su vez tiene 2 modalidades:

- a. **La práctica clínica regular** que es de tipo tutorial y que regularmente se efectúa en horario matutino, con un promedio de 8 horas de lunes a viernes.
- b. **La práctica clínica complementaria** que se desarrolla principalmente en horario vespertino y nocturno, con un promedio de 14 horas por guardia, las cuales se realizan en los mismos servicios por los que el interno de pregrado se encuentra rotando.

En ambas modalidades, principalmente en la práctica clínica complementaria se pretende que el alumno adquiera un mayor número de experiencias significativas que le facilite alcanzar una actitud de servicio, así como la responsabilidad que le permitirá desempeñarse adecuadamente en el ejercicio de su profesión.

2. **Actividades Académicas** cuyo propósito fundamental es la adquisición, renovación e integración funcional del conocimiento y que el alumno asuma la responsabilidad de su propio aprendizaje, que es la base del proceso de actualización permanente.

Las actividades académicas se apoyan principalmente en la capacidad de auto aprendizaje que el alumno haya desarrollado en etapas previas y se completa durante este periodo con la entrega formal o programada de conocimientos que incluyen la discusión e intercambio de opiniones con sus compañeros y maestros, en reuniones de tipo académico.



Además de las actividades de auto enseñanza se realizarán las siguientes:

- a. Sesiones generales
- b. Sesiones clínicas
- c. Sesiones bibliográficas
- d. Seminarios
- e. Exposición de tipo magistral
- f. Medicina basada en evidencia clínica
- g. Enseñanza basada en problemas
- h. Talleres
- i. Panel-foro
- j. Mesa redonda
- k. conferencias

Subprograma de Educación en Servicio

La educación en servicio permite al alumno adquirir las destrezas médico-quirúrgicas propias de la atención de los pacientes y para adquirir con ellas las habilidades y destrezas que le serán de utilidad en su práctica profesional; a través de su incorporación en tareas de tipo asistencial en las que comparte la responsabilidad de la atención, bajo condiciones de supervisión y asesoría por personal calificado, que le permitan constatar, ratificar o rectificar sus acciones. Además el programa incluye la práctica y la integración de los conocimientos médicos adquiridos en los ciclos escolarizados previos.

Este subprograma incluye todas las actividades que el interno debe realizar en el servicio con el paciente: paso de visita, participación en las presentaciones de casos y discusiones clínicas, elaboración de notas, aplicación de diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos; lo que constituye el elemento central de la educación en servicio, durante la cual el alumno aprende o perfecciona las destrezas que se consideran indispensables y/o recomendables, para el adecuado ejercicio profesional de la medicina general.

En cada subprograma de rotación se presentan listados que corresponden a las habilidades y destrezas que deben ser aprendidas y/o perfeccionadas por lo internos bajo la asesoría del profesor, hasta tener la certeza de una aplicación correcta.

Es responsabilidad del personal médico adscrito a los diferentes servicios, supervisar constantemente el aprendizaje y aplicación de estas habilidades y destrezas por parte de los internos de pregrado.



Es conveniente que en cada una de las seis áreas o servicios por los que rota el alumno, éste realice además de las actividades asistenciales, actividades académicas y de investigación sincrónicamente programadas que le permitan reforzar su aprendizaje.

Subprograma de Actividades Académicas

Dentro de este subprograma la actividad más importante es propiciar que el alumno desarrolle su auto enseñanza (auto-aprendizaje), a fin de que posteriormente en su práctica profesional pueda obtener, integrar e interpretar información por sí mismo.

En el internado médico las actividades de auto enseñanza son un instrumento sólido para el aprendizaje, ya que los conocimientos que adquiere el alumno se derivan de la búsqueda o investigación documental relacionada con sus experiencias clínicas.

Estas actividades se complementan con la discusión y análisis de contenidos temáticos relacionados con las principales causas de morbi-mortalidad en nuestro medio, bajo la coordinación y orientación de los médicos de las instituciones de salud que fungen como profesores de internado.

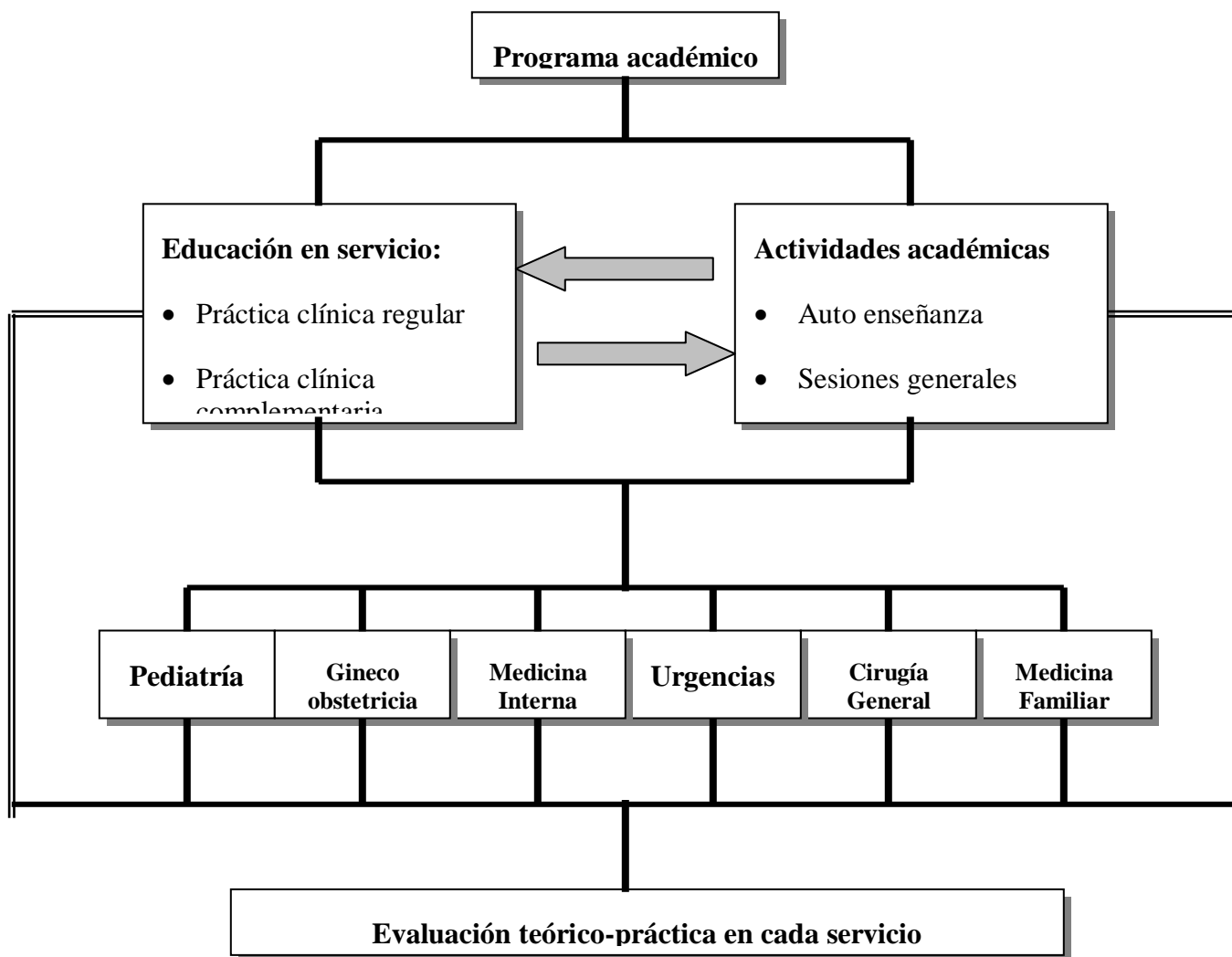
Contenido Temático

Esta estrategia es basada en las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en las unidades médicas en que se encuentran rotando los internos, siendo esto un reflejo de las patologías a nivel nacional y que por lo tanto son a las que se van a enfrentar durante su vida profesional; se busca el desarrollo del interés por investigar y desarrollar la habilidad de razonamiento para la elaboración de un diagnóstico y por consiguiente la solución del problema

Se debe presentar y revisar como mínimo dos temas por alumno y por semana, en forma de discusión grupal, debiendo estar siempre coordinada por el profesor del área correspondiente. Se trata de aprender basándose en casos clínicos verdaderos, utilizando para ello el expediente, resultados de laboratorio, etc.

Además de lo anterior también se deben incluir patologías que, sin ser prevalentes, deben ser conocidas para poder establecer diagnósticos presuncionales y aplicar criterios de referencia oportunos.

El siguiente diagrama ilustra lo antes señalado:





EVALUACIÓN

La evaluación del aprendizaje está ligada al proceso de enseñanza, ya que permite analizar la eficiencia de la misma al comparar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes con la formación que se pretende alcanzar. El internado rotatorio de pregrado es un año especialmente práctico, por lo tanto la evaluación deberá enfocarse hacia la demostración por el alumno del aprendizaje clínico, traducido en el desarrollo de la capacidad para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la atención integral de los pacientes.

Con base en las características propias del internado, la evaluación debe aportar la información que permita valorar las competencias que el interno ha desarrollado.

La evaluación estará centrada en los siguientes aspectos:

Los contenidos cognoscitivos de cada módulo se evaluarán de la siguiente manera:

- a. A través de un examen departamental que presentarán en los últimos días de cada rotación. El examen será con base en casos clínicos, con reactivos de opción múltiple que comprenda el total de los temas del programa validado por la academia de profesores de internado rotatorio de pregrado. **El valor ponderado del examen bimestral escrito corresponderá al 30% de la calificación definitiva del módulo.**
- b. Las actividades clínico-asistenciales de desempeño en los servicios hospitalarios en la práctica clínica regular y complementaria (guardias), serán evaluados por el coordinador de internado nombrado por la ESM en la unidad hospitalaria respectiva o por el jefe de enseñanza del hospital, mediante la aplicación de una lista de cotejo de evaluación. **El valor ponderado será de 30% para las actividades clínico- asistenciales y**
- c. Las actividades y destrezas en procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los servicios hospitalarios en la práctica clínica regular y complementaria (guardias), serán evaluados por el coordinador de internado nombrado por la ESM en la unidad hospitalaria respectiva o por el jefe de enseñanza del hospital, mediante la aplicación de una lista de cotejo de evaluación. **El valor ponderado será de 30% para las habilidades y destrezas en procedimientos diagnósticos y terapéuticos**
- d. El área de desempeño y comportamiento del interno en cuanto a su presentación, relaciones con el personal y trato a los pacientes en el contexto del hospital, será evaluada por el coordinador de internado de ESM en la unidad hospitalaria respectiva o, en su defecto, por el jefe de enseñanza del hospital. **El valor ponderado de este aspecto será del 10% de la calificación definitiva del módulo.**



- e. La calificación final del internado rotatorio de pregrado se obtendrá promediando las calificaciones del interno en los seis módulos bimestrales del programa académico.

Criterios De Acreditación

Para acreditar este año se requiere:

1. Tener una asistencia mínima de 80%
2. Cursar y aprobar los 6 módulos
 - Medicina interna
 - Cirugía general
 - Pediatría
 - Gineco-obstetricia
 - Urgencias
 - Medicina familiar
3. Obtener la carta de liberación con una calificación aprobatoria



EVALUACIÓN

REGISTRO BIMESTRAL DE CALIFICACIONES DE INTERNADO ROTATORIO

Alumno: _____

Unidad Médica: _____

Módulo o Servicio: _____

Período: _____ Fecha: _____

AREA	FACTOR	NUMÉRICA	PONDERACIÓN	PARCIAL
Cognoscitiva	I. EXAMEN DEPARTAMENTAL DE CONOCIMIENTOS		X 0.3	
	II. ACTIVIDADES CLÍNICO-ASISTENCIALES <ul style="list-style-type: none">• Historias Clínicas (Elaboración y discusión)• Visitas médicas y notas de evolución (Capacidad de análisis y síntesis)• Consulta externa (Asistencia y participación)• Guardias hospitalarias (Asistencia y participación)• Sesiones Académicas (Asistencia y participación)		X 0.3	
Psicomotriz	III. ACTIVIDADES Y DESTREZAS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS Grado de participación y habilidad en la ejecución. (eficiencia)		X 0.3	
Afectiva	VI. DESEMPEÑO PERSONAL <ul style="list-style-type: none">• Relaciones externas (Pacientes y familiares)• Relaciones internas (Compañeros y autoridades)• Presentación personal, disciplina y responsabilidad• Cuidado de bienes institucionales		X 0.1	
INASISTENCIAS EN EL PERIODO			CALIFICACIÓN FINAL	

OBSERVACIONES:

Profesor del curso

Coordinador de internado ESM

Jefe de enseñanza hospital



REGISTRO ANUAL DE CALIFICACIONES DE INTERNADO ROTATORIO

Alumno: _____

Unidad Médica: _____

Fecha: _____

ÁREA	FACTOR	CALIFICACIONES POR MÓDULOS / SERVICIO					
		C. G.	M.I.	Ped.	G.O.	M.F.	Urg.
Cognoscitiva	I. EXAMEN DEPARTAMENTAL DE CONOCIMIENTOS						
	II. ACTIVIDADES CLÍNICO - ASISTENCIALES						
Psicomotriz	III. ACTIVIDADES Y DESTREZAS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS						
Afectiva	IV. DESEMPEÑO PERSONAL						
CALIFICACIONES FINALES							

OBSERVACIONES: _____

Profesor del curso

Coordinador de internado ESM

Jefe de enseñanza hospital



PROGRAMA ACADÉMICO POR ÁREAS DE ROTACIÓN

MEDICINA INTERNA

OBJETIVOS

Al término de la unidad del alumno será capaz de:

- Manejar correctamente el expediente clínico en medicina interna con énfasis en la elaboración de la historia clínica e integración diagnóstica.
- Establecer una adecuada relación médico-paciente aplicando las normas éticas de la profesión médica.
- Identificar aquellos factores que pueden estar involucrados en la afección del estado de salud del paciente y en su caso, aplicar las medidas de prevención correspondientes.
- Efectuar bajo supervisión los procedimientos de diagnóstico y tratamiento para la resolución de los problemas frecuentes de medicina interna en el primer nivel de atención y conocer los criterios clínicos adecuados para su referencia a otro nivel de atención médica.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Habilidades y Destrezas

1. Elaboración de Historia Clínica del adulto y detección de factores de riesgo de enfermedad.
2. Identificar las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación para las diferentes enfermedades
3. Aplicación de la NOM 168 del expediente clínico
4. Realizar la exploración física completa (habitus exterior, somatometría, vitalografía, exploración física.
5. Instalación y retiro de sondas Foley y Levin.
6. Toma de Presión Venosa Central.



7. Toma de Electrocardiograma y su interpretación.
8. Toma de productos de laboratorio su indicación e interpretación..
9. Manejo de técnicas de aislamiento.
10. Venodisección, Paracentesis y Punción lumbar.
11. Colocación de catéteres en venas superficiales de los miembros superiores.
12. Maniobras de Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral
13. Interpretar pruebas de función respiratoria.

CONTENIDO TEMÁTICO

A. Introducción

1. Importancia de las ciencias básicas en medicina interna
2. La historia clínica en medicina interna
3. El uso del expediente clínico en medicina interna
 - a. Nota medica
 - b. Estudios de laboratorio y gabinete
 - c. Diagnostico integral y diferencial
4. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos en medicina interna
5. Sondas y catéteres más usados
6. Aspectos bioéticos en la relación médico paciente.

B. Patologías más frecuentes en medicina interna, su diagnóstico y tratamiento:

1. Neurología
 - a. Estado de coma
 - b. Enfermedad Vascular cerebral
 - c. Coma hepático
 - d. Coma urémico
 - e. Coma diabético
 - f. Síndromes convulsivos
2. Cardiología
 - a. Cardiopatía Isquémica
 - b. Insuficiencia Cardiaca
 - c. Hipertensión arterial
3. Diabetes
 - a. Mellitus tipo 1 y 2
 - b. Sacarina
4. Neoplasias:
 - a. Broncogénica
 - b. Prostática
 - c. Gástrica
 - d. Colon y Recto

5. Gastroenterología
 - a. Ácido-péptica
 - b. Insuficiencia hepática
 - c. Colitis y hemorroides
 - d. Cirrosis hepática
 - e. Ictericia
6. Infectología
 - a. Parasitosis más frecuentes
 - b. SIDA
 - c. Amibiasis intestinal
 - d. Absceso hepático amebiano
 - e. Gastroenteritis
 - f. Hepatitis aguda y crónica
7. Neumología
 - a. Asma bronquial
 - b. Neumonía
 - c. EPOC
 - d. Tuberculosis pulmonar
8. Reumáticas
 - a. Osteoartritis
 - b. Artritis reumatoide
 - c. Artropatía por cristales.
 - d. Fiebre reumática
9. Renales
 - a. Insuficiencia renal
 - b. Insuficiencia renal crónica
 - c. Sx Nefrótico y Nefrítico
 - d. Hemodiálisis y diálisis
10. Síndromes
 - a. Metabólico.
 - b. Anémico
 - c. Febril no determinado
- C. El análisis de los siguientes tópicos:
 - a. Uso/abuso de antibióticos
 - b. Semiología del dolor
 - c. Interpretación de estudios radiológicos

BIBLIOGRAFIA

1. Harrison. Medicina Interna. 18ª. Ed. México: Editorial McGraw-Hill. 2008
2. Rozman C. Farreras – Rozman Medicina Interna, 16ª Ed. México. Editorial Elsevier, 2008.
3. Lifshitz A. El Internista, 2ª ed. México, Editorial McGraw-Hill - Interamericana, 2002
1. American Journal of Medicine. Revista de actualización.
2. Annals of Internal Medicine. Revista de actualización.
3. New England Journal of Medicine. Revista de actualización.
4. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Interna. Revista de actualización.
5. Clínicas Médicas de Norteamérica. Revista de actualización.



CIRUGIA GENERAL

OBJETIVOS

Al término de la unidad del alumno será capaz de:

- Conocer los aspectos generales de la cirugía y manejar las habilidades y destrezas básicas de la cirugía menor más frecuente en nuestro medio.
- Conocer las bases esenciales de la cirugía y manejar las habilidades y destrezas fundamentales para el abordaje de los problemas quirúrgicos más frecuentes en la cirugía de abdomen, desarrollando el criterio para derivar los casos al segundo y tercer nivel de atención.
- Poseer un dominio adecuado de las bases clínicas para identificar y manejar en el primer nivel los casos traumatológicos que requieran tratamiento quirúrgico, más frecuente en nuestro medio, desarrollando el criterio para canalizar los casos hacia el segundo o tercer nivel.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Habilidades y Destrezas

1. Historia Clínica y exploración física detectando factores de riesgo.
2. identificar los casos que requieren cirugía electiva y de urgencia en pacientes con patología quirúrgica
3. Diferenciar el abdomen quirúrgico y no quirúrgico
4. Participar en los cuidados y cicatrización de heridas
5. Manejar adecuadamente drenajes, ostomias y sondas endopleurales
6. Referir oportunamente al paciente al nivel correspondiente.
7. Identificar las áreas de organización del quirófano y desplazarse dentro de ellas.
8. Ejecutar la técnica de lavado de manos, técnica para vestirse y actuar en quirófano.
9. Aplicación de Analgesia y Anestesia local.
10. Realizar los diferentes tipos de sutura en piel y tejido celular subcutáneo.
11. Venodisección, Paracentesis y Punción lumbar.
12. Asistir con técnica adecuada los procedimientos de cirugía mayor más frecuentes.
13. Identificar e interpretar en cada una de las entidades clínicas los exámenes de laboratorio y gabinete y conocer los especializados.



CONTENIDO TEMÁTICO

A. Introducción

1. Cuidados Pre, trans y posoperatorio
2. Líquidos y electrolitos en el paciente agudo
3. Técnica de Venodisección
4. Anatomía quirúrgica del cuello
5. Anatomía quirúrgica del tórax
6. Traqueotomía
7. Cirugía menor del tórax
8. Biopsias
9. Colocación de sondas

B. Cirugía de abdomen

1. Anatomía quirúrgica del abdomen
2. Diagnóstico y tratamiento de las hernias
 - a. Hernia de pared
 - b. Hernia hiatal
 - c. Esofagitis por reflujo
3. Abdomen
 - a. Oclusión intestinal
 - b. Perforación de víscera hueca
 - c. Pancreatitis aguda y crónica
 - d. Colecistitis aguda y crónica
4. Recto
 - a. Abscesos
 - b. Fístulas
 - c. Fisuras
 - d. Hemorroides
5. Padecimientos colónicos más frecuentes
 - a. Pólipos
 - b. Divertículos
 - c. Cáncer
6. Angiología
 - a. Enfermedad arterial de miembros pélvicos.
 - b. Enfermedad venosa de miembros pélvicos.

C. Patología quirúrgica de urgencia

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanbiston. Tratado de Patología Quirúrgica. 16ª edición, México: Editorial McGraw Hill 2003.
2. Schawrtz SI. Principios de cirugía. 8ª Ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2006.
3. Tratado de Cirugía General, Asociación Mexicana de Cirugía General y Consejo Mexicano de Cirugía General. México: Editorial El Manual Moderno; 2003.
4. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica
5. American Journal of Surgery Pathology. Revista de actualización.
6. Surgery. Revista de actualización.
7. Annals of Surgery. Revista de Actualización.



PEDIATRÍA

OBJETIVOS

Al término de la unidad el alumno será capaz de:

- Manejar correctamente el expediente clínico del paciente pediátrico con énfasis en la elaboración de historias clínicas completas y establecer una adecuada valoración del estado nutricional y de salud del niño desde la fase de recién nacido hasta la conclusión de la etapa de crecimiento y desarrollo.
- Identificar con criterio epidemiológico los factores de la triada ecológica, aplicar medidas de prevención y efectuar bajo supervisión los procedimientos de diagnóstico y tratamiento para la resolución de los problemas frecuentes en pediatría, en el primer nivel de atención; y los criterios para referirlos al segundo o tercer nivel.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Habilidades y Destrezas

1. Manejo de la relación medico paciente pediátrico
2. Historia Clínica Pediátrica y exploración física pediátrica detectando factores de riesgo.
3. Somatometría y detección oportuna de trastornos del crecimiento y desarrollo
4. Asistencia del Recién Nacido Normal.
5. Uso adecuado de esquemas OMS y soluciones para rehidratación o hidratación
6. Aplicación de medicamentos por vía IV, IM, Intradérmica y Subdérmica.
7. Control de la temperatura por medios físicos, curaciones y suturas superficiales.
8. Manejo del enfermo infeccioso aislado.
9. Toma de productos de laboratorio, toma de Electrocardiograma.
10. Instalación de sondas Foley y Levin. Punción lumbar. Taponamiento nasal anterior.
11. Maniobras de Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral.
12. Identificación, manejo y actuación ante casos de adicciones, violencia y accidentes
13. Indicar e interpretar exámenes de gabinete y laboratorio básicos.
14. Manejo adecuado de esquema básico de inmunizaciones
15. Manejo y aplicación de las NOM 168-SSA1-1998 y 007-SSA2-1993



CONTENIDO TEMÁTICO

- A. Morbilidad y mortalidad en pediatría
- B. Neonatología
 - 1. Atención del recién nacido en sala de parto
 - a. Sano
 - b. Reanimación neonatal
 - 2. Evaluación del recién nacido
 - a. Normotrófico
 - b. Prematuro
 - c. Hipotrofico
 - d. Dismórfico
 - 3. Crecimiento y desarrollo del neonato y lactante
 - a. Somatometría
 - b. Tamizaje e Inmunizaciones
 - c. Lactancia materna
 - d. Hablactación y destete
 - 4. Enfermedades neonatales
 - a. Cardiopatías congénitas
 - b. Insuficiencia respiratoria
 - c. Ictericia neonatal
 - d. ERGE
 - e. Sépsis
 - f. Patología quirúrgica
- C. Patología pediátrica
 - 5. Síndrome diarreico
 - a. Parasitosis
 - b. Rotavirus
 - c. Por bacterias
 - d. Alimenticia
 - 6. Líquidos y electrolitos
 - a. Deshidratación
 - b. Hiperhidratación
 - c. Rehidratación oral
 - d. Rehidratación endovenosa
 - 7. Nutrición
 - a. Desnutrición
 - b. Obesidad
 - c. Nutrición parenteral
 - d. Avitaminosis
 - 8. Urgencias
 - a. Crisis convulsivas
 - b. Trauma craneoencefálico
 - c. Quemaduras
 - d. Intoxicaciones
 - 9. Infectología
 - a. Meningitis viral
 - b. Meningitis bacteriana
 - c. Infección de vía urinaria
 - d. Bronconeumonía
 - e. Laringotraqueítis
 - f. Faringitis
 - g. Laringitis
 - h. Enfermedad exantemática
 - 10. Micelanea
 - a. Insuficiencia respiratoria
 - b. Sx de niño maltratado
 - c. Hipotiroidismo
 - d. Leucemias
 - e. Adicciones
 - f. Posología pediátrica
 - g. Dermatitis atópica

11. Cirugía pediátrica

- a. Fimosis
- b. Hernia inguinal
- c. Hernia escrotal
- d. Testículo agudo
- e. Apendicitis

BIBLIOGRAFÍA

1. González Saldaña N, Torales N, Gómez Barreto D. Infectología clínica pediátrica. 6ª Ed. México: Ed. Trillas, 1996.
2. Jasso Gutiérrez L. Neonatología práctica. 3ª Ed. México: Ed. El Manual Moderno, 1995
3. Martínez y Martínez. La salud el niño y del adolescente. 2ª Ed. México: Ed. Salvat,1993.
4. Behrman R, Kliegman R, Arvin A. Nelson Tratado de pediatría. 15ª Ed. México: Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1997.
5. Palacios Treviño J. Introducción a la pediatría. 6ª Ed. México: Ed. Méndez Oteo, 1997.
6. Revista de la Sociedad Mexicana de Pediatría.
7. Kliegman R. M., Nelson Tratado de pediatría. 18ª Ed. México, editorial Elsevier, 2008.
8. Jasso Gutiérrez L. Neonatología práctica. 3ª Ed. México: Ed. El Manual
9. Moran V. Diagnóstico y Tratamiento en Pediatría, 1ª ed., editorial El Manual Moderno, 2008
10. Santiago U. R., Guía de Pediatría Práctica Basada en la Evidencia, 2ª ed. México, editorial Panamericana, 2009
11. Boletín Médico del hospital Infantil de México. Revista de actualización.
12. Pediatrics. Revista de actualización.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

OBJETIVOS

- ejecutar en la práctica clínica, las bases de la propedéutica obstétrica con énfasis en la vigilancia, control del embarazo y atención del parto normal
- Conocer la patología ginecológica y obstétrica más frecuente, con un enfoque dirigido a realizar acciones que incrementen el nivel de salud de la mujer, así como disminuir los riesgos y prevenir los daños de manera integral, ya sea en estado de salud o enfermedad.
- Reconocer los tumores ginecológicos más comunes que constituyen un problema de salud pública; y desarrollar el criterio para su diagnóstico oportuno y envío a segundo o tercer nivel de atención.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Habilidades y Destrezas

1. Historia Clínica Gineco Obstétrica y exploración física detectando factores de riesgo
2. Exploración ginecológica bimanual y con espejo vaginal.
3. Atención del parto normal.
4. Realizar episiotomía y episiorrafia.
5. Toma de producto para estudio citológico cervicovaginal.
6. Asistir con técnica adecuada los procedimientos de cirugía más frecuentes en Ginecología y Obstetricia.
7. Aplicar dispositivo intrauterino
8. Exploración de Mama.
9. Identificar e interpretar en cada una de las entidades clínicas los exámenes de laboratorio y gabinete y conocer los especializados.



CONTENIDO TEMÁTICO

A. Introducción

1. Anatomía del aparato genital femenino
2. Riesgo reproductivo
3. Planificación familiar

B. Obstetricia

1. Propedéutica obstétrica
2. Diagnóstico de embarazo, edad gestacional y condición fetal.
3. Embarazo normal
4. Atención de parto eutócico
5. Embarazo de alto riesgo
 - a. Distocias
 - b. Preclampsia y eclampsia
 - c. Diabetes estacional
 - d. Hipertensión gestacional
6. Indicaciones de operación cesárea
7. Sangrado de la primera mitad del embarazo
 - a. Aborto
 - b. Embarazo ectópico
 - c. Enfermedad trofoblástica
8. Sangrado de la 2ª mitad del embarazo
 - a. Placenta previa
 - b. Ruptura uterina
 - c. Desprendimiento prematuro de placenta
9. Atención perinatal
 - a. Parto pretérmino
 - b. Ruptura de membranas
 - c. Isoinmunización materno fetal
 - d. Trauma obstétrico
10. Trastornos en ginecología
 - a. Cervicovaginitis
 - b. Trastornos menstruales
 - c. Climaterio
 - d. menopausia
11. Oncología ginecológica
 - a. Tumores de mama
 - b. Cervicouterino
 - c. Miomatosis uterina
 - d. Tumores de ovario

BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham. Obstetricia de Williams. 22a ed. México: Editorial McGraw-Hill, 2006.
2. Berek JS. Ginecología de Novak, 13ª Ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2003.
3. Danforth et al. Tratado de obstetricia y ginecología. 9ª Ed. México: Editorial McGraw-Hill, 2005.
4. American Journal of Gynecology. Revista de actualización.
5. Obstetrics and Gynecology. Revista de actualización.
6. Ginecología y Obstetricia de México. Revista de actualización.



URGENCIAS

OBJETIVOS

- Conocer los aspectos generales de los problemas médico-quirúrgicos que requieren atención de urgencia y manejar las habilidades y destrezas de más aplicación en nuestro medio y en este tipo de situaciones.
- Poseer un dominio adecuado de las bases clínicas para identificar y manejar en el primer nivel de atención las urgencias médico-quirúrgicas más frecuentes en nuestro medio, desarrollando el criterio para limitar el daño, instalar medidas de sostén de las funciones vitales y canalizar los casos hacia segundo o tercer nivel.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Habilidades y Destrezas

1. Nota de ingreso a urgencias.
2. Curaciones y suturas superficiales. Aplicación de Analgesia y Anestesia local.
3. Instalación de sondas Foley y Levin.
4. Venodisección, Paracentesis y Punción lumbar.
5. Toma de Electrocardiograma.
6. Maniobras de Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral.
7. Intubación endotraqueal.
8. Manejo del desfibrilador.
9. Inmovilización de fracturas.
10. Extracción de cuerpo extraño: ojo, nariz y oído. Taponamiento nasal posterior.
11. Indicar e interpretar en cada una de las entidades clínicas, los exámenes de laboratorio y gabinete básicos y conocer los especializados.

CONTENIDO TEMÁTICO

1. Paro cardio-respiratorio
2. Estado de Choque
 - a. Cardiogénico
 - b. Hipovolémico
 - c. Distributivo
 - d. Obstructivo



- 3. Tórax
 - e. Insuficiencia cardiaca aguda
 - f. Edema agudo pulmonar.
 - g. Tromboembolia e infarto pulmonar
 - h. Insuficiencia respiratoria aguda
 - i. Taquiarritmias y bradiarritmia
 - j. Cardiopatía isquémica
 - k. Infarto agudo del miocardio
- 3. Renal
 - a. Insuficiencia renal aguda
 - b. Sx Urémico
 - c. Litiasis renoureteral
- 4. Neurología y endocrinología
 - a. Enfermedad vascular cerebral
 - b. Trastornos del estado de animo
 - c. Estado hiperosmolar
 - d. Cetoacidosis diabética
 - e. Hipoglucemia
- 5. Cirugía y traumatología
 - a. Hemorragia del tubo digestivo
 - b. Abdomen agudo
 - c. Apendicitis
 - d. Manejo del poli traumatizado
 - e. Traumatismo craneoencefálico
 - f. Trauma de Tórax
 - g. Manejo inicial de fractura y Lx
 - h. Quemaduras
 - i. Cuerpo extraño
- 6. Aspectos legales frecuentes en el servicio de urgencias
 - a. Abuso sexual
 - b. Intoxicaciones
 - c. Envenenamientos
 - d. alcoholismo

BIBLIOGRAFÍA

1. Tintinalli EJ., Medicina de Urgencias, 6ª Ed., México, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2005
2. Rosen P., Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, 5a Ed., Elsevier Science. 2003.
3. Jiménez A. J., Manual de Protocolos de Actuación en Medicina de Urgencias, 2ª Ed. FISCAM, 2004.



MEDICINA FAMILIAR

OBJETIVOS

1. Tendrán los elementos cognoscitivos, afectivos y psicomotrices para analizar las diferentes variables que se interrelacionan en la familia, en el individuo y por consecuencia en la sociedad.
2. Conocerán la metodología para realizar un diagnóstico de salud, con la finalidad de identificar las principales causas de enfermedades en el primer nivel de atención.
3. Conocerá las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población.
4. Conocerá los factores causales de orden social que influyen en la salud de la familia.
5. Habrá analizado al individuo como una unidad biológica, social y psicológica.
6. Analizará a la familia como causa de salud y enfermedad, así como la relación que existe con la historia natural de la enfermedad.
7. Comprenderá y evaluará las acciones básicas y las detecciones en la consulta del primer nivel de atención.
8. Realizará y mencionará a los pacientes las principales recomendaciones generales de las patologías más frecuentes, con la finalidad de detectar y prevenir las enfermedades en el primer nivel de atención.
9. Conocerá los criterios de referencia y contra referencia de la atención médica, así como el seguimiento del proceso salud-enfermedad.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Elaborar historia clínica familiar.
2. Realizar prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades más frecuentes de la comunidad.
3. Realizar control del niño sano: vigilar crecimiento y desarrollo, esquema de inmunizaciones, alimentación infantil.
4. Realizar control y atención prenatal.
5. Participar en acciones de educación para la salud.
6. Participar en estudio de comunidad.



DIAGNOSTICO DE SALUD

El alumno debe ser capaz de elaborar el concepto núcleo familiar, objetivos, Procedimientos y problemática para su construcción, Aspectos demográficos de la comunidad, estructura y dinámica de la población, indicadores de salud: Morbilidad y mortalidad, estado nutricional, identificación de líderes naturales, técnicas de comunicación y Diagnóstico de salud de una población.

CONTENIDO TEMÁTICO

1. Programas prioritarios en el primer nivel de atención médica.
 - a. Salud reproductiva
 - b. Complicaciones del embarazo
 - c. Vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años
 - d. Inmunizaciones
 - e. Nutrición y crecimiento normal
 - f. Estimulación temprana
 - g. IRA
 - h. EDA
2. Patología
 - a. Infección de vías urinarias
 - b. Cervicovaginitis
 - c. Tuberculosis
 - d. Diabetes mellitus 1
 - e. Hipertensión arterial
 - f. Enfermedad ácido péptica
 - g. Osteoartrosis de rodilla y cadera
 - h. Sx doloroso lumbar
3. Familia
 - a. Conceptos
 - b. Características de un grupo social
 - c. Clasificación de grupos
 - d. Familia.
 - e. Fases de la familia:
 - f. La familia como un grupo primario
 - g. Ciclo de la vida y funciones de la familia
 - h. Familiograma
 - i. Dinámica familiar
 - j. Ejes de la familia
 - k. Fundamentos de la atención continua en medicina familiar



BIBLIOGRAFÍA

1. Terrasa, S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2ª ed. México. Editorial Panamericana. 2006
2. Taylor R. Medicina de Familia. 6ª ed. México, editorial Elsevier. 2006
3. American Family Physician. Revista de actualización
4. Kroeger A. Atención primaria de salud. Principios y métodos. 2ª Ed. México: Ed. Pax.
5. Manual de atención primaria. Barcelona: Edt. Doyma, 1989. Moreno AL, Güemes SL, López MS. Factores de riesgo en la comunidad. Elementos para la salud .México: Facultad de Medicina, UNAM, 1990.
6. Programa Nacional de Salud 1995-2000. Secretaria de Salud.
7. Robles de Fabre/Rosemary Eustree. El enfermo crónico y su familia.Ed. Nuevomar, 1987.
8. Taylor B Robert, Medicina de familia “Principios y práctica”. España: Ed. Doyma, 1991.
9. Barquín M y col. Socio medicina, salud pública y medicina social. México: Facultad de Medicina, UNAM. s/f.
10. Guías clínicas de medicina familiar IMSS
- ~~11.~~ Programa de actualización en medicina familiar (PAC) 2008 BIBLIOGRAFÍA
12. Kroeger A. Atención primaria de salud. Principios y métodos. 2ª Ed. México: Ed. Pax.
13. Manual de atención primaria. Barcelona: Edt. Doyma, 1989. Moreno AL, Güemes SL, López MS. Factores de riesgo en la comunidad. Elementos para la salud .México: Facultad de Medicina, UNAM, 1990.
14. Programa Nacional de Salud 1995-2000. Secretaria de Salud.
15. Robles de Fabre/Rosemary Eustree. El enfermo crónico y su familia. Ed. Nuevomar, 1987.
16. Taylor B Robert, Medicina de familia “Principios y práctica”. España: Ed. Doyma, 1991.
17. Barquín M y col. Sociomedicina, salud pública y medicina social. México: Facultad de Medicina, UNAM. s/f.



ANEXO 1

NORMAS QUE REGULAN LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS INTERNOS¹

1. DERECHOS

- a. Recibir una beca económica, así como las demás prestaciones que se establecen en los convenios específicos.
- b. Recibir enseñanza tutorial de acuerdo al programa académico.
- c. Disfrutar de dos periodos vacacionales de 10 días hábiles cada uno, los cuales se le concederán de acuerdo con el calendario aprobado por las autoridades respectivas en sus lugares de adscripción.
- d. Recibir asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y medicamentos por parte de la institución a la cual estén adscritos. Dicha asistencia se hará extensiva a los familiares directos que dependan económicamente de ellos.

2. OBLIGACIONES

- a. Cumplir en todos los términos con el programa de internado, y asistir a las reuniones a las cuales los convoquen sus jefes inmediatos.
- b. Comunicar inmediatamente a sus superiores cualquier irregularidad que observen.
- c. Tratar y dirigirse con respeto a sus superiores, iguales y subalternos, así como a los pacientes que acudan a la unidad.

3. SON FALTAS IMPUTABLES A LOS INTERNOS:

- a. Distraer su atención durante el horario de servicio para realizar otras actividades distintas a las que le fueron asignadas por el programa.
- b. Aprovechar los servicios o el personal, en asuntos particulares o ajenos a los de la institución a la cual estén adscritos.
- c. Incurrir en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratos contra sus jefes o unos u otros, dentro de la unidad.
- d. Ausentarse de sus actividades sin autorización escrita de su jefe inmediato, o faltar a las reuniones de trabajo injustificadamente.
- e. Sustraer del establecimiento materiales o medicamentos pertenecientes a la unidad médica a la cual este adscrito.
- f. Propiciar actos que afecten a los intereses, tanto de la unidad hospitalaria como del programa
- g. Presentarse bajo los efectos de bebidas embriagantes, estupefacientes o psicotrópicos dentro de la unidad.
- h. Realizar actos inmorales en el establecimiento al cual esté adscrito.
- i. Comprometer con su imprudencia, descuido o negligencia, la seguridad del lugar donde realiza su internado o de las personas que ahí se encuentran: así como causar daños o destruir intencionadamente edificios, instalaciones, obras, maquinarias, instrumentos, muebles, útiles de trabajo, materiales y demás objetos que estén al servicio de la institución de salud a la cual estén adscritos.
- j. Cobrar directa o indirectamente por cualquier servicio que esté incluido en sus actividades, así como vender medicamentos dentro del horario de servicio en la institución a la cual estén adscritos.
- k. El incurrir en cualquier violación a la ética profesional.



- I. El violar los reglamentos de la institución donde estén adscritos y a los no contemplados en las cláusulas anteriores.

4. MEDIDAS DISCIPLINARIAS

Cuando los internos incurran en alguna de las faltas señaladas en estas normas, únicamente se les podrán aplicar las siguientes medidas disciplinarias:

- a. Amonestaciones verbales.
- b. Extrañamientos escritos.
- c. Suspensión del internado.
- d. Las amonestaciones verbales serán hechas en privado por el tutor y el jefe de enseñanza.
- e. El extrañamiento es la observación por escrito que se aplicará a los internos que incurran en las faltas que así lo ameriten. El encargado de aplicarlo será el jefe de enseñanza o responsable de la unidad médica, a la cual este adscrito; una copia se agregará al expediente personal y otra a la institución educativa de procedencia.
- f. La cancelación del internado de la institución de salud a que este adscrito será procedente cuando el interno incurra en alguna de las siguientes causales:
 - Acumule más de 3 faltas injustificadas de asistencia en un período de 30 días.
 - Proponer y realizar estudios y tratamientos a usuarios fuera de la unidad médica a la que este adscrito.
 - Por sentencia condenatoria cuando cometa algún delito del orden común.
 - Cuando previo extrañamiento se reincida
 - Cuando a juicio del jefe de enseñanza, la gravedad de la falta cometida sea suficiente para solicitar ante las autoridades correspondientes, la cancelación del internado.
 - Para proceder a la cancelación del internado deberá efectuarse una reunión con la participación del profesorado del internado y el cuerpo de gobierno de la universidad. En su caso se levantará el acta administrativa correspondiente.



ANEXO 2

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud. GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o. fracciones I, II y VII, 13 apartado A fracciones I y IX, 34, 45 y 48 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 7o., 8o., 9o., 10o. fracciones I, II, III, IV y VI, 28, 29, 32, 37, 62 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; 2o. apartado A fracción I, 8o. fracción V y 9o. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación, en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

CONSIDERANDO

Que con fecha 5 de octubre de 2010, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Modificación de esta norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; de conformidad con lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud. Que durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 4 de diciembre del 2010, fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del Proyecto de Modificación de Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO

PREFACIO

En la elaboración de esta norma participaron:

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dirección General de Epidemiología

Dirección General de Información en Salud

Dirección General de Evaluación del Desempeño

Dirección General de Planeación y Desarrollo

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Instituto Nacional de Rehabilitación

Instituto Nacional de Cancerología



Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 2
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Instituto Nacional de Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Instituto Nacional de Pediatría
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez
Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno
Hospital General Dr. Manuel Gea González
Hospital General de México, O.D.
Hospital Infantil de México Federico Gómez
Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones
Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE COAHUILA DE ZARAGOZA
SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVO LEON
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE SONORA
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. GRAHAM CASASUS, TABASCO, TABASCO
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Dirección de Prestaciones Médicas
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
Dirección Médica
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre
PETROLEOS MEXICANOS
Subdirección de Servicios de Salud
SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
Dirección General de Sanidad Militar
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 3
Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Medicina
INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
Escuela Superior de Medicina
Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía
UNIVERSIDAD ANAHUAC



Escuela de Medicina
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA, A.C.
ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA, A.C.
ASOCIACION NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS, A.C.
COLEGIO DE POSTGRADUADOS EN CIRUGIA GENERAL, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE MEDICINA DE EMERGENCIA, A.C.
HOSPITAL AMERICAN BRITISH COWDRAY, I.A.P.
HOSPITAL DE LA BENEFICENCIA ESPAÑOLA, I.A.P.
HOSPITAL MEDICA SUR, S.A. DE C.V.

INDICE

- 0 Introducción
- 1 Objetivo
- 2 Campo de aplicación
- 3 Referencias
- 4 Definiciones
- 5 Generalidades
- 6 Del expediente clínico en consulta general y de especialidad
- 7 De las notas médicas en urgencias
- 8 De las notas médicas en hospitalización
- 9 De los reportes del personal profesional y técnico
- 10 Otros documentos
- 11 Concordancia con normas internacionales y mexicanas
- 12 Bibliografía
- 13 Vigilancia
- 14 Vigencia
- 15 Apéndice A (Informativo)

INTRODUCCION

La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios Científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud. Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 4 enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable. El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo. Se tomaron en cuenta los distintos ámbitos y fases del proceso continuado de la atención médica, en los que el uso del expediente clínico resulta imprescindible, destacando algunos aspectos del estado de salud del paciente, cuyo registro se considera de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios. En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser



o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados. Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional. De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad. Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, esta norma impulsa el uso más avanzado y sistematizado del expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orienta el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente. Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

1 Objetivo

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

2 Campo de aplicación

Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

3 Referencias

Para la correcta interpretación y aplicación de esta norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan:

3.1 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 5

3.3 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

3.4 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de anestesiología.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

3.6 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

3.7 Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

3.8 Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

3.9 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria.

3.10 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.



- 3.11** Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- 3.12** Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- 3.13** Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
- 3.14** Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud.
- 3.15** Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- 3.16** Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.
- 4 Definiciones**
- Para los efectos de esta norma, se entenderá por:
- 4.1 Atención médica**, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- 4.2 Cartas de consentimiento informado**, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.
- 4.3 Establecimiento para la atención médica**, a todo aquél, fijo o móvil, público, social o privado, donde se presten servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.
- 4.4 Expediente clínico**, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.
- 4.5 Hospitalización**, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.
- 4.6 Interconsulta**, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.
- 4.7 Paciente**, a todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.
- Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 6
- 4.8 Pronóstico**, al juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de una enfermedad.
- 4.9 Referencia-contrarreferencia**, al procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- 4.10 Resumen clínico**, al documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.
- 4.11 Urgencia**, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.
- 4.12 Usuario**, a toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.



5 Generalidades

5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

5.2 Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

5.2.1 Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;

5.2.2 En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;

5.2.3 Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y

5.2.4 Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

5.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.

5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

5.5 Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente: Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

5.5.1 Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 7

medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal;

5.6 Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

5.7 En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como, las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables. Sólo será dada a conocer a las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

5.8 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma, deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.



5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

5.12 De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

5.13 Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.

5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.

5.15 El expediente odontológico que se integre en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, se ajustará a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.7 de esta norma.

5.16 Para el caso de los expedientes de atención psicológica, de nutriología o similares, que se integren en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, 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.

5.17 El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se llevará a cabo de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.1 de esta norma.

5.18 Además de los documentos especificados en esta norma como obligatorios, se podrá contar con: cubierta o carpeta, hoja frontal, en su caso notas de trabajo social, nutrición, ficha laboral y los que se consideren necesarios para complementar la información sobre la atención del paciente.

5.19 En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, invariablemente deberá existir una copia de dicho contrato en el expediente clínico. Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 8

5.20 Al interior de los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, se podrá evaluar la calidad del expediente clínico, a través de organismos colegiados internos o externos. Para tal efecto, podrán utilizar el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, incorporado en esta norma como Apéndice A (Informativo).

5.21 Las personas físicas, morales, representantes legales o la persona facultada para ello, en los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado, en su caso, podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.

6 Del expediente clínico en consulta general y de especialidad

Deberá contar con:

6.1 Historia Clínica.

Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:



6.1.1 Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

6.1.2 Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud;

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

6.1.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

6.1.5 Pronóstico;

6.1.6 Indicación terapéutica.

6.2 Nota de evolución.

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

6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);

6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario.

6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;

6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

6.2.5 Pronóstico;

6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

6.3 Nota de Interconsulta.

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

La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con:

6.3.1 Criterios diagnósticos;

6.3.2 Plan de estudios;

Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 9

6.3.3 Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y

6.3.4 Los demás que marca el numeral 7.1 de esta norma.

6.4 Nota de referencia/traslado.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico 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:

6.4.3.1 Motivo de envío;

6.4.3.2 Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);

6.4.3.3 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 otorga el servicio;

7.1.2 Signos vitales;

7.1.3 Motivo de la atención;



- 7.1.4 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;
- 7.1.5 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;
- 7.1.6 Diagnósticos o problemas clínicos;
- 7.1.7 Tratamiento y pronóstico.
- 7.2 Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma;

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

7.3 De referencia/traslado.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.4, de esta 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, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- 8.1.4 Tratamiento y pronóstico.

8.2 Historia clínica.

8.3 Nota 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 esta norma.

Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 10

8.4 Nota de referencia/traslado.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.4, de esta norma.

8.5 Nota Preoperatoria.

Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente, incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 8.5.7 para estos últimos) y deberá contener como mínimo:

- 8.5.1 Fecha de la cirugía;
- 8.5.2 Diagnóstico;
- 8.5.3 Plan quirúrgico;
- 8.5.4 Tipo de intervención quirúrgica;
- 8.5.5 Riesgo quirúrgico;
- 8.5.6 Cuidados y plan terapéutico preoperatorios; y
- 8.5.7 Pronóstico.

8.6 Un integrante del equipo quirúrgico podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista Organización Mundial de la Salud en esta materia para dicho propósito.

8.7 Nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico.

Se elaborará de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.4 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.

8.8 Nota postoperatoria.

Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo:

- 8.8.1 Diagnóstico preoperatorio;
- 8.8.2 Operación planeada;
- 8.8.3 Operación realizada;
- 8.8.4 Diagnóstico postoperatorio;
- 8.8.5 Descripción de la técnica quirúrgica;



- 8.8.6 Hallazgos transoperatorios;
- 8.8.7 Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico;
- 8.8.8 Incidentes y accidentes;
- 8.8.9 Cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones;
- 8.8.10 Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios;
- 8.8.11 Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante;
- 8.8.12 Estado post-quirúrgico inmediato;
- 8.8.13 Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato;
- 8.8.14 Pronóstico;
- 8.8.15 Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico;
- 8.8.16 Otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer médico;
- 8.8.17 Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

8.9 Nota de egreso.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:

- 8.9.1 Fecha de ingreso/egreso;
- 8.9.2 Motivo del egreso;
- Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 11
- 8.9.3 Diagnósticos finales;
- 8.9.4 Resumen de la evolución y el estado actual;
- 8.9.5 Manejo durante la estancia hospitalaria;
- 8.9.6 Problemas clínicos pendientes;
- 8.9.7 Plan de manejo y tratamiento;
- 8.9.8 Recomendaciones para vigilancia ambulatoria;
- 8.9.9 Atención de factores de riesgo (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
- 8.9.10 Pronóstico;
- 8.9.11 En caso de defunción, señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción y en su caso, si se solicitó y se llevó a cabo estudio de necropsia hospitalaria.

9 De los reportes del personal profesional y técnico

9.1 Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

- 9.1.1 Habitus exterior;
- 9.1.2 Gráfica de signos vitales;
- 9.1.3 Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita;
- 9.1.4 Procedimientos realizados; y
- 9.1.5 Observaciones.
- 9.2 De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:
 - 9.2.1 Fecha y hora del estudio;
 - 9.2.2 Identificación del solicitante;
 - 9.2.3 Estudio solicitado;
 - 9.2.4 Problema clínico en estudio;
 - 9.2.5 Resultados del estudio;
 - 9.2.6 Incidentes y accidentes, si los hubo;
 - 9.2.7 Identificación del personal que realizó el estudio;
 - 9.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa.



10 Otros documentos

Además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia, pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico:

10.1 Cartas de consentimiento informado.

10.1.1 Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

10.1.1.3 Título del documento;

10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite;

10.1.1.5 Acto autorizado;

Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 12

10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

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

10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;

10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.

10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.

10.1.2 Los eventos mínimos que requieren de cartas de consentimiento informado serán:

10.1.2.1 Ingreso hospitalario;

10.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor;

10.1.2.3 Procedimientos que requieren anestesia general o regional;

10.1.2.4 Salpingoclasia y vasectomía;

10.1.2.5 Donación de órganos, tejidos y trasplantes;

10.1.2.6 Investigación clínica en seres humanos;

10.1.2.7 Necropsia hospitalaria;

10.1.2.8 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo;

10.1.2.9 Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.3 El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2, cuando lo estime pertinente, sin que, para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

10.1.4 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.

10.2 Hoja de egreso voluntario.

10.2.1 Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar;

10.2.2 Cuando el egreso sea voluntario, aun en contra de la recomendación médica, la hoja se elaborará conforme a lo dispuesto en el artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y relevará de responsabilidad al establecimiento y al médico tratante. En el caso de egreso voluntario para continuar el tratamiento médico en otro establecimiento para la atención médica, la hoja deberá tener el nombre y firma del médico que lo autoriza.

10.2.3 Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo los siguientes datos:

10.2.3.1 Nombre y domicilio del establecimiento;

10.2.3.2 Fecha y hora del egreso;

10.2.3.3 Nombre completo del paciente o del representante legal, en su caso, edad, parentesco, nombre y firma de quien solicita el egreso;



- 10.2.3.4 Resumen clínico que se emitirá conforme a lo previsto en el apartado 6.4.3 de esta norma;
- 10.2.3.5 Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo;
- 10.2.3.6 En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva;
- 10.2.3.7 Nombre completo y firma del médico que emite la hoja; y
- 10.2.3.8 Nombre completo y firma de dos testigos.

10.3 Hoja de notificación al Ministerio Público.

Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 13

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

- 10.3.1 Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador;
- 10.3.2 Fecha de elaboración;
- 10.3.3 Identificación del paciente;
- 10.3.4 Acto notificado;
- 10.3.5 Reporte de lesiones del paciente, en su caso;
- 10.3.6 Agencia del Ministerio Público a la que se notifica; y
- 10.3.7 Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

10.4 Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica.

La realizará el médico de conformidad con lo que establece la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.10, de esta norma.

10.5 Notas de defunción y de muerte fetal.

Deberá elaborarla el médico facultado para ello.

10.6 Todas las notas a que se refiere el presente apartado deberán contener:

- 10.6.1 Un encabezado con fecha y hora;
- 10.6.2 El nombre completo y firma de quien la elabora.

11 Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta norma concuerda con normas internacionales ni mexicanas.

12 Bibliografía

- 12.1 Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Cirugía Segura Salva Vidas, WHO/IER/PSP/, Francia, 2008.
- 12.2 Aguirre Gas Héctor. Calidad de la atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México. 1997.
- 12.3 Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- 12.4 Consentimiento Válidamente Informado, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1a. Edición, México, D.F. 2004.
- 12.5 Dawdy-MR; Hunter-DW; Gilmore-RA. Correlation of patient entry rates and physician documentation errors in dictated and handwritter emergency treatment records. Am. J. Emerg. Med. 15 (2): 115-7; Mar. 1997.
- 12.6 Estudio analítico del expediente clínico, Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.
- 12.7 La Historia Clínica, en Responsabilidad Legal del Profesional Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid, España. 2000. Pág. 11 y s.s
- 12.8 Ley General de Salud.
- 12.9 Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, 1995.
- 12.10 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- 12.11 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- 12.12 Tabak-N, Ben-Or-T. Juridic and medical nursing aspects of documentation, recording and reporting. Med. Law. 1995; 14 (3-4): 275-82.



13 Vigilancia

La vigilancia de la aplicación de esta norma, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 14

14 Vigencia

Esta norma, entrará en vigor a los 60 días naturales, contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIO.- La entrada en vigor de esta norma, deja sin efectos a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999 y su modificación publicada el 22 de agosto de 2003 en el mismo órgano oficial de difusión. Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 29 de junio de 2012.- El Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, **Germán Enrique Fajardo Dolci.-** Rúbrica.

APENDICE A (Informativo)

Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad

CALIDAD DE LOS CRITERIOS Y CUMPLIMIENTO NORMATIVO

DI INTEGRACION DEL EXPEDIENTE

1. Existe el expediente clínico solicitado
2. Tiene un número único de identificación
3. Se incorpora un índice guía en las carpetas
4. Los documentos están secuencialmente ordenados y completos
5. Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico
6. Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras
7. Se anexa la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas

D2 HISTORIA CLINICA

1. Ficha de Identificación
2. Antecedentes heredo familiares
3. Antecedentes personales no patológicos
4. Antecedentes personales patológicos
5. Padecimiento actual
6. Interrogatorio por aparatos y sistemas
7. Exploración física (habitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales)
8. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
9. Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)
10. Diagnóstico(s) o problemas clínicos
11. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

D3 EN GENERAL DE LAS NOTAS MEDICAS

NU NE NT NI NPE-O NPE-A NPO-Q NPO-A

1. Nombre del paciente
2. Fecha y hora de elaboración
3. Edad y sexo
4. Signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)
5. Resumen del interrogatorio
6. Exploración física
7. Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 15

8. Diagnóstico(s) o problemas clínicos
9. Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad)



10. Pronóstico

11. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

D4 ESPECIFICACIONES DE LAS NOTAS MEDICAS (D4-D11)x

NOTAS DE URGENCIAS (NU)

12. Motivo de la consulta

13. Estado mental del paciente

14. Se menciona destino de paciente después de la atención de urgencias

15. Se precisan los procedimientos en el área de urgencias

D5 NOTAS DE EVOLUCION (NE)

12. Existencia de nota médica por turno

13. Evolución y actualización de cuadro clínico

D6 NOTAS DE REFERENCIA/TRASLADO (NT)

12. Motivo de envío

13. Establecimiento que envía y establecimiento receptor

14. Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia

D7 NOTAS DE INTERCONSULTA

12. Criterio diagnóstico

13. Sugerencias diagnósticas y de tratamiento

14. Motivo de la consulta

D8 NOTA PRE-OPERATORIA (NPE-O)

12. Fecha de la cirugía a realizar

13. Diagnóstico pre-operatorio

14. Plan quirúrgico

15. Riesgo quirúrgico

16. Cuidados y plan terapéutico preoperatorio

D9 NOTA PRE-ANESTESICA (NPE-A)

12. Evaluación clínica del paciente

13. Tipo de anestesia

14. Riesgo anestésico

D10 NOTA POST-OPERATORIA (NPEO-Q)

12. Operación planeada

13. Operación realizada

14. Diagnóstico post-operatorio

15. Descripción de la técnica quirúrgica

16. Hallazgos transoperatorios

17. Reporte de gasas y compresas

18. Incidentes y accidentes

19. Cuantificación de sangrado

20. Resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico transoperatorios

21 Estado post-quirúrgico inmediato

22. Plan manejo y tratamiento post-operatorio inmediato

Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 16

23. Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico

D11 NOTA POST-ANESTESICA (NPO-A)

12. Medicamentos utilizados

13. Duración de la anestesia

14. Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia

15. Cantidad de sangre o soluciones aplicadas

16. Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano

17. Plan manejo y tratamiento inmediato



D12 NOTA DE EGRESO

1. Nombre del paciente
2. Edad y sexo
3. Fecha y hora de elaboración
4. Signos vitales (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura)
5. Fecha y hora del ingreso/egreso hospitalario
6. Días de estancia en la unidad
7. Se identifica si es reingreso por la misma afección en el año
8. Diagnóstico(s) de ingreso. Contiene diagnóstico principal y diagnósticos secundarios
9. Resumen de la evolución y el estado actual
10. Manejo durante la estancia hospitalaria
11. Diagnóstico(s) final(es)
12. Fecha y hora de procedimientos realizados en su caso
13. Motivo de egreso (máximo beneficio, por mejoría, alta voluntaria, exitus)
14. Problemas clínicos pendientes
15. Plan de manejo y tratamiento
16. Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria
17. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

D13 HOJA DE ENFERMERIA

1. Identificación del paciente
2. Hábitus exterior
3. Gráfica de signos vitales
4. Ministración de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre de quien aplica el medicamento)
5. Procedimientos realizados
6. Valoración del dolor (localización y escala)
7. Nivel de riesgo de caídas
8. Observaciones
9. Nombre completo y firma de quien elabora

D14 DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMEINTO

1. Fecha y hora del estudio
2. Estudio solicitado
3. Problema clínico en estudio
4. Especifica incidentes o accidentes
5. Descripción de resultados e interpretación por el médico tratante (excepto estudios histopatológicos)
6. Nombre completo y firma del médico

Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 17

D15 REGISTRO DE LA TRANSFUSION DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES

1. Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos
2. Fecha y hora de inicio y finalización de la transfusión
3. Control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión
4. En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente
5. Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión

D16 TRABAJO SOCIAL (EN SU CASO)

1. Se integra copia en el expediente clínico del estudio socioeconómico de trabajo social
2. Nombre completo y firma del médico



D17 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

1. Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico
2. Nombre o razón social del establecimiento médico
3. Título del documento
4. Lugar y fecha
5. Acto autorizado
6. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado
7. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva*
8. Nombre y firma de la persona que otorga la autorización*
9. Nombre y firma de los testigos* (en caso de amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente o en la condición fisiológica o mental del paciente)
10. Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado
11. Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameritan

* En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico.

D18 HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO

1. Nombre y dirección del establecimiento
2. Nombre del paciente
3. Fecha y hora del alta hospitalaria
4. Nombre completo, edad, parentesco y firma de quien solicita el alta voluntaria
5. Resumen 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 completo y firma del médico
8. Nombre completo y firma de los testigos

D19 HOJA DE NOTIFICACION AL MINISTERIO PUBLICO

1. Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador
 2. Fecha de elaboración
 3. Identificación del paciente
 4. Acto notificado
 5. Reporte de lesiones del paciente en su caso
 6. Agencia del ministerio público a la que se notifica
- Lunes 15 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL (Cuarta Sección) 18
7. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que realiza la notificación
 8. Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica

D20 NOTA DE DEFUNCION Y DE MUERTE FETAL

1. Se integra copia en el Expediente Clínico
2. Nombre completo, cédula profesional y firma de quien lo elabora
3. Fecha y hora de elaboración

D21 ANALISIS CLINICO

1. Existe congruencia clínico-diagnóstica
2. Existe congruencia diagnóstico-terapéutica
3. Existe congruencia diagnóstico-pronóstico