

Manual de Gestión del Expediente Clínico

**Contenido**

**1. Introducción**   
1.1. Objetivo del manual  
1.2. Alcance y aplicación  
1.3. Normativa aplicable: NOM-004-SSA3-2012  
1.4. Importancia del expediente clínico en la atención médica  
1.5. Responsabilidades de los involucrados en el manejo del expediente clínico

**2. Creación del Expediente Clínico**   
2.1. Definición y estructura del expediente clínico  
2.2. Requisitos para la apertura de un expediente clínico  
2.3. Documentación inicial del paciente  
- 2.3.1. Historia clínica  
- 2.3.2. Carta de consentimiento informado  
- 2.3.3. Notas de urgencias  
2.4. Identificación y rotulación del expediente  
2.5. Procedimiento para la apertura de expedientes clínicos electrónicos (ECE)

**3. Registro y Actualización del Expediente Clínico**   
3.1. Normas generales para la documentación  
3.2. Frecuencia de las actualizaciones y registros  
3.3. Documentación de la atención médica:  
- 3.3.1. Notas médicas: Inicial, de seguimiento, de evolución y de egreso  
- 3.3.2. Notas de enfermería  
- 3.3.3. Interconsultas y notas de especialidades  
3.4. Tiempos de registro y su relevancia  
3.5. Uso de lenguaje claro y preciso  
3.6. Uso de abreviaturas y siglas permitidas

**4. Manejo de Información Confidencial**   
4.1. Normativa sobre privacidad y protección de datos personales  
4.2. Principios de confidencialidad en el manejo del expediente  
4.3. Control de acceso al expediente clínico  
- 4.3.1. Acceso restringido a personal autorizado  
- 4.3.2. Procedimiento para la autorización de consulta del expediente por terceros  
4.4. Sanciones por incumplimiento en el manejo de la confidencialidad  
4.5. Protección de la información en expedientes electrónicos

**5. Consulta y Uso del Expediente Clínico**   
5.1. Procedimiento para el acceso de médicos al expediente clínico  
5.2. Procedimiento para el acceso de enfermería y otros profesionales de la salud  
5.3. Intercambio de información dentro del equipo médico  
5.4. Registro de consultas al expediente clínico  
5.5. Procedimiento para la entrega de copias del expediente clínico al paciente  
5.6. Consentimiento del paciente para compartir información con terceros

**6. Conservación y Resguardo del Expediente Clínico**   
6.1. Normativa sobre conservación de expedientes clínicos (plazos según la ley)  
6.2. Métodos de almacenamiento de expedientes físicos  
6.3. Procedimiento para el archivo de expedientes clínicos electrónicos  
6.4. Gestión de la integridad de los expedientes durante su conservación  
6.5. Control de acceso al archivo de expedientes clínicos  
6.6. Procedimientos de respaldo y recuperación de datos en expedientes electrónicos

**7. Transferencia de Expedientes Clínicos**   
7.1. Transferencia interna de información clínica entre departamentos  
7.2. Procedimiento para la transferencia externa de expedientes clínicos  
- 7.2.1. Normas para la transferencia de información clínica a otros establecimientos de salud  
- 7.2.2. Procedimiento de transferencia de expedientes entre instituciones públicas y privadas  
7.3. Garantía de confidencialidad durante la transferencia de información  
7.4. Control documental de transferencias y autorizaciones

**8. Auditoría y Revisión del Expediente Clínico**   
8.1. Criterios de evaluación de la calidad del expediente clínico  
8.2. Indicadores de cumplimiento en el manejo del expediente  
8.3. Procedimiento de auditoría interna del expediente clínico  
- 8.3.1. Verificación de notas médicas y de enfermería  
- 8.3.2. Evaluación de cumplimiento con la NOM-004-SSA3-2012  
8.4. Reporte de hallazgos y recomendaciones  
8.5. Implementación de mejoras a partir de los resultados de la auditoría

**9. Clausura del Expediente Clínico**   
9.1. Criterios para el cierre de un expediente clínico  
9.2. Procedimiento para el cierre administrativo del expediente  
9.3. Documentación final del paciente (nota de alta o defunción)  
9.4. Cierre de expediente en casos de transferencia o cambio de institución

**10. Destrucción del Expediente Clínico**   
10.1. Normativa sobre la destrucción de expedientes clínicos (plazos y procedimientos)  
10.2. Procedimientos para la destrucción segura de expedientes físicos  
10.3. Procedimientos para la eliminación segura de expedientes clínicos electrónicos  
10.4. Registro de destrucción de expedientes clínicos

**11. Capacitación y Actualización del Personal**   
11.1. Programa de capacitación en la gestión del expediente clínico  
11.2. Responsabilidades de médicos, enfermeras y administrativos en el manejo del expediente  
11.3. Evaluación periódica de la competencia en la gestión del expediente clínico  
11.4. Actualización conforme a cambios en la normativa o en los procedimientos internos  
  
Anexos:  
  
Plantilla de Expediente Clínico  
Ejemplo de Llenado

**1. Introducción**

El expediente clínico es un elemento fundamental en la práctica médica, ya que contiene toda la información relevante sobre la salud del paciente, desde su historial médico hasta las intervenciones realizadas por los profesionales de la salud. Su correcta gestión es crucial para garantizar una atención de calidad, mantener la confidencialidad de la información y cumplir con las normativas legales vigentes, como la NOM-004-SSA3-2012 en México.

Este manual tiene como propósito proporcionar una guía detallada sobre los procedimientos para la adecuada gestión del expediente clínico, abarcando desde su creación hasta su archivo final, ya sea en formato físico o electrónico. Está dirigido a médicos, enfermeras y personal administrativo, quienes son los responsables de la correcta documentación, almacenamiento, uso y conservación de los expedientes clínicos.

La implementación correcta de este manual asegurará que cada etapa del manejo del expediente clínico se realice de manera eficiente, conforme a las normas legales, y garantizando la seguridad y privacidad de los datos de los pacientes.

**1.1. Objetivo del Manual**

El objetivo de este manual es establecer los procedimientos y directrices necesarias para la gestión integral del expediente clínico, asegurando su correcta creación, actualización, resguardo, confidencialidad y eventual destrucción, conforme a las disposiciones establecidas en la **NOM-004-SSA3-2012**. A través de este manual, se busca:

1. Garantizar la **calidad y precisión** en la documentación de la información clínica de los pacientes.
2. Proporcionar al personal médico, de enfermería y administrativo, una guía clara sobre **sus responsabilidades** y las mejores prácticas para el manejo de expedientes clínicos.
3. Asegurar el **cumplimiento legal** de la normativa vigente, tanto en el ámbito del resguardo físico como en la gestión electrónica del expediente clínico.
4. **Establecer mecanismos de control y auditoría** para verificar la correcta implementación de los procedimientos, con el fin de mejorar la calidad de la atención médica.
5. Facilitar la **accesibilidad y seguridad** de la información contenida en los expedientes, protegiendo siempre la confidencialidad de los datos del paciente.
6. Estandarizar los procesos que **regulan el ciclo de vida** del expediente clínico, desde su creación hasta su archivo o destrucción.

Este manual será una herramienta fundamental para asegurar que los expedientes clínicos se manejen de forma ordenada, eficiente y en cumplimiento con las normas aplicables, contribuyendo así a mejorar la atención médica y garantizar la seguridad y protección de la información de los pacientes.

**1.2. Alcance y Aplicación**

El presente **Manual de Procedimientos para la Gestión del Expediente Clínico** es aplicable en todas las áreas y unidades médicas donde se genere, maneje o almacene información clínica de los pacientes. Está dirigido al **personal médico, de enfermería, administrativo** y a cualquier otra persona que tenga acceso o intervenga en el manejo de los expedientes clínicos, tanto en formato físico como electrónico.

**Alcance:**

Este manual cubre todas las actividades relacionadas con la creación, actualización, uso, resguardo, transferencia y destrucción del expediente clínico. Incluye lineamientos para el manejo de expedientes clínicos de manera **manual o electrónica**, así como las responsabilidades de cada uno de los involucrados en el proceso. Los procedimientos establecidos son aplicables en:

1. **Consultorios médicos**: Tanto públicos como privados, incluyendo consultas generales y de especialidades.
2. **Hospitales y clínicas**: Todos los servicios hospitalarios, incluyendo urgencias, cirugía, hospitalización, rehabilitación, etc.
3. **Unidades de atención médica ambulatoria**: Centros de atención primaria, unidades de atención especializada y servicios de diagnóstico.
4. **Áreas administrativas relacionadas**: Personal encargado de archivar, gestionar y auditar los expedientes clínicos, incluyendo áreas de sistemas en el caso de expedientes electrónicos.
5. **Laboratorios y servicios de diagnóstico**: Donde se registran resultados de estudios clínicos y otros datos relevantes para la atención del paciente.

**Aplicación:**

Este manual se aplicará en todas las situaciones y procesos que involucren la manipulación del expediente clínico, asegurando que se realicen conforme a los lineamientos normativos y éticos vigentes. Los procesos a los que se aplica incluyen, pero no se limitan a:

1. **Creación y apertura del expediente clínico**: Requisitos y formatos que deben cumplirse al iniciar el registro del paciente.
2. **Documentación de la atención médica**: Incluyendo historia clínica, notas médicas, notas de enfermería, interconsultas y cualquier otro registro generado en el curso de la atención médica.
3. **Manejo de información confidencial**: Políticas y procedimientos para garantizar la privacidad y seguridad de los datos del paciente.
4. **Actualización y acceso al expediente clínico**: Reglas para la actualización o modificación de los datos del expediente clínico, así como los procedimientos para su consulta por personal autorizado.
5. **Almacenamiento y resguardo del expediente clínico**: Normas para el correcto almacenamiento de los expedientes en archivos físicos o electrónicos, incluyendo plazos de conservación.
6. **Transferencia del expediente clínico**: Procedimientos para la transferencia de expedientes entre áreas, unidades médicas u otras instituciones de salud, garantizando la continuidad de la atención y la confidencialidad de los datos.
7. **Auditoría y revisión del expediente clínico**: Procesos de revisión interna o externa para asegurar que los expedientes cumplen con los estándares de calidad establecidos.
8. **Cierre y archivo final**: Reglas para el cierre administrativo del expediente clínico cuando el paciente ha finalizado su tratamiento o en caso de defunción.
9. **Destrucción del expediente clínico**: Procedimientos seguros para la eliminación de expedientes clínicos cuando se ha cumplido el plazo de conservación estipulado por la ley.

El **Manual de Procedimientos para la Gestión del Expediente Clínico** es un instrumento de uso continuo y obligatorio para todos los profesionales de la salud y personal administrativo involucrado en el proceso, garantizando la adecuada documentación y gestión de la información clínica, promoviendo así la mejora en la calidad de la atención al paciente y el cumplimiento de la normativa legal.

**1.3. Normativa Aplicable: NOM-004-SSA3-2012**

La **NOM-004-SSA3-2012** es la Norma Oficial Mexicana que establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos que deben observarse en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico. Esta norma tiene como objetivo garantizar la calidad de la atención médica, la seguridad de los pacientes, y el resguardo adecuado de la información contenida en los expedientes clínicos, tanto en formato físico como electrónico.

**Principales Disposiciones de la NOM-004-SSA3-2012:**

1. **Creación e integración del expediente clínico**  
   La norma establece los elementos obligatorios que deben integrar el expediente clínico en diferentes áreas de atención médica, como consulta externa, hospitalización, urgencias y consulta especializada. Entre los documentos requeridos destacan:
   * Historia clínica
   * Notas médicas de evolución, interconsulta y preoperatoria
   * Notas de enfermería
   * Resultados de laboratorio y estudios de diagnóstico
   * Consentimientos informados
   * Notas de egreso
2. **Confidencialidad y manejo de la información**  
   La NOM-004-SSA3-2012 establece que toda la información contenida en el expediente clínico es **confidencial** y debe protegerse adecuadamente para evitar el acceso no autorizado. Solo el paciente, los profesionales de la salud involucrados en su atención y otras personas autorizadas por ley pueden acceder a la información. Además, se prohíbe divulgar datos del paciente sin su autorización expresa, salvo en los casos previstos por la ley.
3. **Acceso y actualización del expediente clínico**  
   El personal de salud debe asegurarse de que el expediente clínico esté actualizado con la información más reciente del paciente, incluyendo diagnósticos, tratamientos, estudios realizados, y cualquier otro dato relevante. La norma especifica los tiempos en los que se deben realizar los registros para garantizar la continuidad de la atención médica, y establece que el expediente clínico debe ser accesible para los profesionales que participan en el cuidado del paciente.
4. **Conservación y archivo**  
   La norma establece los periodos mínimos durante los cuales deben conservarse los expedientes clínicos. Para pacientes adultos, el expediente debe conservarse al menos por **cinco años** después del último registro. En el caso de menores de edad, el plazo se cuenta a partir de que cumplen la mayoría de edad. También se especifican las condiciones de almacenamiento que deben cumplir los expedientes para preservar su integridad y asegurar su consulta cuando sea necesario.
5. **Uso de expedientes electrónicos**  
   La normativa también incluye disposiciones sobre el uso del **expediente clínico electrónico (ECE)**, asegurando que se mantengan los mismos estándares de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. Los sistemas utilizados para la gestión del ECE deben contar con medidas de seguridad que garanticen el acceso controlado, el registro de todas las modificaciones y la generación de respaldos periódicos para prevenir la pérdida de datos.
6. **Responsabilidades del personal de salud**  
   La norma aclara las **responsabilidades de médicos, enfermeras y otros profesionales** involucrados en la atención del paciente. Cada profesional es responsable de registrar, en tiempo y forma, la información relevante en el expediente clínico, asegurando que esta sea precisa y completa. Cualquier omisión, error o falsificación de los registros puede ser sancionado conforme a la legislación aplicable.

**Implementación de la NOM-004-SSA3-2012 en el Manual:**

En el presente manual, los procedimientos descritos están diseñados para cumplir con todas las disposiciones de la **NOM-004-SSA3-2012**, proporcionando a los médicos, enfermeras y personal administrativo una guía clara y detallada sobre cómo manejar, documentar y proteger los expedientes clínicos de acuerdo con la ley. Cada sección del manual está alineada con las exigencias de la norma, garantizando así su correcta aplicación en todas las etapas del manejo del expediente clínico, desde su creación hasta su archivo o destrucción.

Este manual, en conjunto con la NOM-004-SSA3-2012, asegura que el expediente clínico cumpla con los más altos estándares de calidad, precisión, confidencialidad y conservación, contribuyendo a una atención médica eficiente y legalmente adecuada.

**1.4. Importancia del Expediente Clínico en la Atención Médica**

El expediente clínico es un documento fundamental en el sistema de salud, ya que contiene toda la información necesaria sobre la atención médica que recibe un paciente. Su correcta gestión es esencial para garantizar una atención médica de calidad, la continuidad del tratamiento y el cumplimiento de las normativas legales. Su relevancia abarca múltiples aspectos, tanto clínicos como administrativos y legales.

**1.4.1. Fuente principal de información médica**

El expediente clínico es el registro oficial y estructurado que contiene todos los datos del paciente, desde el historial médico hasta los diagnósticos y tratamientos realizados. Proporciona una visión completa y actualizada sobre el estado de salud del paciente, permitiendo a los profesionales de la salud:

* **Tomar decisiones informadas**: Al tener acceso a la historia médica, antecedentes, resultados de exámenes, tratamientos previos y alergias, los médicos pueden tomar decisiones más acertadas sobre el diagnóstico y tratamiento adecuado.
* **Coordinar la atención médica**: Diferentes especialistas y áreas del hospital o clínica pueden acceder a la información contenida en el expediente para coordinar el tratamiento integral del paciente, evitando la duplicidad de pruebas o errores en la medicación.

**1.4.2. Herramienta para la continuidad de la atención**

El expediente clínico permite que los profesionales de la salud puedan dar **continuidad al tratamiento del paciente** a lo largo del tiempo y en distintos niveles de atención. La documentación detallada asegura que cualquier profesional que atienda al paciente, ya sea en consulta subsecuente, hospitalización o urgencias, cuente con toda la información necesaria para continuar el plan terapéutico de manera adecuada. Esto es especialmente importante en:

* **Pacientes crónicos** que requieren seguimiento prolongado.
* **Pacientes trasladados entre diferentes áreas o instituciones de salud**.
* **Atención en emergencias**, donde el acceso rápido y confiable a la información médica puede ser crítico para salvar vidas.

**1.4.3. Garantía de la calidad en la atención médica**

El expediente clínico refleja la calidad de la atención brindada al paciente. Un expediente bien documentado, completo y actualizado asegura que:

* **Se cumplan los protocolos médicos establecidos**: Al registrar adecuadamente cada intervención, el personal de salud garantiza que las prácticas estén alineadas con las guías clínicas y normativas correspondientes.
* **Se reduzcan los errores médicos**: La correcta documentación del historial, tratamientos y alergias previene errores que podrían comprometer la salud del paciente, como la administración incorrecta de medicamentos o procedimientos innecesarios.
* **Mejora la toma de decisiones**: Un registro completo permite una mejor evaluación de la evolución del paciente y facilita la toma de decisiones informadas sobre cambios en el tratamiento.

**1.4.4. Documento con valor legal**

El expediente clínico tiene un **valor legal** tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. En caso de controversias o reclamaciones por mala praxis, el expediente es la principal prueba documental para demostrar que la atención fue adecuada y que las decisiones médicas se basaron en el conocimiento disponible. Asimismo, es un documento clave para:

* **Proteger a los médicos y enfermeras** de posibles demandas judiciales al contar con un registro claro y detallado de cada intervención.
* **Respaldar los derechos del paciente**, ya que contiene la información necesaria sobre el tratamiento, diagnósticos y procedimientos autorizados mediante consentimiento informado.

**1.4.5. Confidencialidad y ética médica**

La **confidencialidad** de la información contenida en el expediente clínico es fundamental para proteger los derechos del paciente. Un manejo adecuado del expediente garantiza que la información personal y médica del paciente sea tratada con la debida **discreción** y que solo el personal autorizado tenga acceso a ella. Además, el expediente clínico respalda los principios éticos de la práctica médica, asegurando que:

* **El paciente tenga control sobre su información** y pueda decidir con quién compartirla.
* **Se respeten los derechos del paciente**, brindándole acceso a su expediente cuando lo solicite y garantizando la confidencialidad de su historial médico.

**1.4.6. Base para la investigación y enseñanza**

El expediente clínico también es una **herramienta invaluable para la investigación médica**. Los datos que contienen los expedientes clínicos, con las debidas medidas de protección de identidad, permiten generar estudios sobre enfermedades, tratamientos y resultados, contribuyendo a mejorar la práctica médica. Además, es fundamental en el proceso de enseñanza:

* **Formación de nuevos médicos y enfermeras**: Los expedientes clínicos proporcionan casos reales que pueden ser estudiados por estudiantes y residentes para aprender de la práctica clínica cotidiana.
* **Investigación clínica**: Los expedientes son utilizados para identificar patrones, generar estadísticas y desarrollar mejores tratamientos basados en evidencia.

**1.4.7. Herramienta para la administración hospitalaria**

Desde el punto de vista administrativo, el expediente clínico es una herramienta clave para el correcto funcionamiento de las instituciones de salud. Permite llevar un control sobre los **servicios prestados**, así como gestionar de manera eficiente el **uso de recursos** como medicamentos, materiales quirúrgicos, y equipos. Además, es esencial para:

* **Facturación y cobro** de los servicios médicos brindados.
* **Auditorías internas y externas**, para verificar que los procedimientos clínicos se estén llevando a cabo conforme a las normativas.
* **Evaluación de calidad del servicio médico**, proporcionando información sobre la satisfacción del paciente, el tiempo de atención y la efectividad de los tratamientos.

En resumen, el expediente clínico es un documento esencial en la atención médica. Su adecuada gestión no solo permite garantizar la calidad en la atención del paciente, sino que también tiene implicaciones legales, éticas y administrativas, lo que subraya la importancia de seguir los procedimientos adecuados en su creación, manejo y resguardo.

**1.5. Responsabilidades de los Involucrados en el Manejo del Expediente Clínico**

El adecuado manejo del expediente clínico requiere la colaboración y compromiso de diversos profesionales de la salud y personal administrativo. Cada uno tiene responsabilidades específicas para garantizar que la información sea correctamente documentada, preservada, y tratada conforme a las normativas vigentes. El cumplimiento de estas responsabilidades asegura la calidad de la atención médica, la confidencialidad de los datos del paciente y el cumplimiento legal. A continuación, se detallan las responsabilidades de cada uno de los actores involucrados:

**1.5.1. Médicos**

Los médicos tienen un papel central en la creación, actualización y revisión del expediente clínico, y son responsables de documentar de manera precisa y oportuna toda la información relevante del paciente. Sus responsabilidades incluyen:

* **Elaborar la historia clínica completa y detallada** en el momento de la primera consulta, incluyendo antecedentes, diagnósticos, y plan de tratamiento.
* **Registrar todas las intervenciones y decisiones clínicas** en las notas médicas, como evoluciones, interconsultas, cirugías, procedimientos, resultados de estudios diagnósticos, y alta del paciente.
* **Emitir y documentar los consentimientos informados** de los pacientes para procedimientos y tratamientos invasivos, asegurando que el paciente o su representante entienda los riesgos y beneficios.
* **Revisar y validar la información contenida en el expediente clínico** antes de firmar cualquier documento, asegurándose de que sea precisa y esté actualizada.
* **Registrar de manera clara y concisa los diagnósticos y prescripciones** en el expediente, usando lenguaje comprensible y evitando abreviaturas no reconocidas.
* **Cumplir con los tiempos de actualización del expediente**, especialmente en situaciones de urgencia o alta hospitalaria, para garantizar que la información esté disponible de inmediato para otros profesionales de la salud.

**1.5.2. Enfermeras**

El personal de enfermería también juega un papel fundamental en la gestión del expediente clínico. Sus responsabilidades están relacionadas con la documentación de la atención diaria, la evolución del paciente y la administración de medicamentos. Entre sus responsabilidades están:

* **Elaborar y documentar las notas de enfermería**, donde se registre el estado del paciente, signos vitales, administración de medicamentos, intervenciones de enfermería, y cambios observados en el estado del paciente.
* **Reportar de manera clara cualquier incidente o cambio significativo en la condición del paciente** en las notas de evolución, garantizando la continuidad de la atención.
* **Cumplir con los procedimientos para la administración de medicamentos** y registrar correctamente las dosis, horarios, y cualquier reacción adversa observada.
* **Mantener actualizado el expediente clínico durante todo el turno**, asegurando que todas las intervenciones y actividades realizadas sean documentadas en el momento oportuno.
* **Apoyar en la elaboración de los consentimientos informados**, explicando al paciente los procedimientos que serán realizados desde el área de enfermería.

**1.5.3. Personal administrativo**

El personal administrativo tiene la responsabilidad de gestionar el archivo, conservación y, en algunos casos, la destrucción del expediente clínico, garantizando que se cumplan los requisitos legales y normativos. Entre sus responsabilidades están:

* **Asegurar la correcta apertura y registro del expediente clínico** al inicio de la atención del paciente, proporcionando la documentación requerida para la creación del expediente.
* **Gestionar el archivo de los expedientes clínicos físicos** en áreas de resguardo seguro, ordenando los expedientes de manera accesible y respetando los plazos de conservación.
* **Garantizar la seguridad y confidencialidad de los expedientes clínicos electrónicos (ECE)**, asegurando que solo el personal autorizado tenga acceso a la información.
* **Organizar y custodiar la transferencia de expedientes clínicos** entre departamentos o instituciones de salud, garantizando que la información llegue completa y de manera segura.
* **Coordinar la destrucción segura de los expedientes clínicos** cuando se haya cumplido el plazo de conservación estipulado por la ley, siguiendo los procedimientos establecidos para evitar el mal uso de la información.

**1.5.4. Responsables del sistema de expediente clínico electrónico (ECE)**

En el caso de los expedientes clínicos electrónicos, los responsables del área de sistemas deben asegurarse de que el software utilizado para la gestión de los expedientes cumpla con las normativas vigentes y que la información esté protegida contra accesos no autorizados o pérdidas de datos. Sus responsabilidades incluyen:

* **Garantizar la seguridad y confidencialidad de la información digital**, implementando sistemas de protección como contraseñas, encriptación y registros de acceso.
* **Asegurar la disponibilidad del expediente clínico electrónico** en todo momento, previniendo caídas del sistema y garantizando el acceso en situaciones de urgencia.
* **Respaldar periódicamente los datos** contenidos en los expedientes electrónicos, para prevenir la pérdida de información debido a fallos técnicos.
* **Controlar el acceso de usuarios al sistema**, asignando permisos adecuados a médicos, enfermeras, y otros profesionales, según sus funciones y responsabilidades.

**1.5.5. Pacientes**

Aunque no directamente involucrados en la gestión técnica del expediente clínico, los pacientes tienen derechos y responsabilidades respecto al manejo de su información médica. Estas incluyen:

* **Proporcionar información veraz y completa sobre su historial médico** para garantizar un expediente clínico confiable.
* **Firmar los consentimientos informados**, previa explicación de los procedimientos y tratamientos, con pleno entendimiento de los riesgos y beneficios.
* **Solicitar acceso a su expediente clínico** cuando lo necesiten, de acuerdo con los derechos que les otorga la ley.
* **Guardar confidencialidad respecto a la información contenida en el expediente**, si deciden compartirla con terceros.

**1.5.6. Directivos y responsables de la institución médica**

Los directivos y responsables de las instituciones de salud tienen la obligación de supervisar que todo el personal médico y administrativo cumpla con los procedimientos establecidos para el manejo adecuado del expediente clínico. Sus responsabilidades incluyen:

* **Asegurar que el establecimiento cuente con procedimientos operativos claros** para la gestión del expediente clínico, alineados con la normativa vigente.
* **Facilitar la capacitación continua** del personal en la correcta gestión y actualización del expediente clínico.
* **Realizar auditorías periódicas** para verificar el cumplimiento de las normas en la documentación clínica, tomando medidas correctivas si se detectan deficiencias.
* **Proveer los recursos tecnológicos y humanos necesarios** para garantizar la seguridad, confidencialidad y accesibilidad de los expedientes clínicos, tanto en formato físico como electrónico.

En resumen, la correcta gestión del expediente clínico es responsabilidad compartida entre médicos, enfermeras, personal administrativo, directivos y los propios pacientes. Cada uno tiene un rol específico y esencial en garantizar que el expediente clínico sea un documento preciso, actualizado, confidencial y bien resguardado, cumpliendo con las normativas legales y facilitando la atención médica de calidad.

**2. Creación del Expediente Clínico**

El proceso de creación del expediente clínico es el primer paso fundamental en la atención médica de un paciente. Un expediente bien estructurado y completo facilita el seguimiento de su estado de salud, asegura una atención eficiente y garantiza el cumplimiento normativo. A continuación, se describe la definición del expediente clínico y su estructura básica.

**2.1. Definición y Estructura del Expediente Clínico**

**2.1.1. Definición del Expediente Clínico**

El expediente clínico es el **conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, ya sea en formato físico o electrónico**, en los cuales se registra de manera detallada, ordenada y cronológica la información relacionada con la atención médica de un paciente. Estos documentos incluyen desde la historia clínica hasta los informes de laboratorio, y tienen el propósito de documentar todos los aspectos del diagnóstico, tratamiento, evolución y seguimiento del paciente.

El expediente clínico sirve como un **registro legal y administrativo**, así como una fuente de información para la toma de decisiones clínicas, el seguimiento de la atención y la coordinación entre los profesionales de la salud. Además, es un elemento clave para garantizar la continuidad del tratamiento del paciente y proteger sus derechos a la confidencialidad y acceso a la información.

La **NOM-004-SSA3-2012** establece que el expediente clínico debe cumplir con ciertos criterios para asegurar que la información contenida en él sea veraz, completa, accesible y protegida contra accesos no autorizados. Asimismo, todos los registros deben realizarse en el momento en que ocurre la atención, con el fin de evitar errores u omisiones.

**2.1.2. Estructura del Expediente Clínico**

El expediente clínico tiene una estructura estandarizada que incluye diversos componentes y documentos clave. La estructura puede variar dependiendo del tipo de atención (hospitalización, consulta externa, urgencias, etc.), pero generalmente incluye los siguientes elementos:

**1. Datos de Identificación del Paciente**

* **Nombre completo**
* **Edad**
* **Género**
* **Número de expediente**
* **Fecha de nacimiento**
* **Domicilio**
* **Teléfono de contacto**