

Formato de Expediente Clínico

**📘 Descripción del Contenido y Ventajas de los Campos del Expediente Clínico Hospitalario**

El expediente clínico hospitalario constituye un instrumento indispensable en la práctica médica, ya que integra de manera sistemática la información relevante sobre el estado de salud, atención recibida y evolución del paciente durante su estancia hospitalaria. El formato propuesto se encuentra alineado con los lineamientos establecidos por la **NOM-004-SSA3-2012**, así como con las mejores prácticas internacionales en documentación clínica.   
  
A continuación, se describen los distintos campos que conforman el expediente, explicando qué información debe registrarse en cada uno de ellos y cuáles son sus principales beneficios en términos clínicos, operativos y legales.

El expediente inicia con los **datos de identificación del establecimiento de salud**, los cuales permiten asociar correctamente el expediente a la unidad médica responsable. En esta sección se especifica el nombre completo del hospital, su clave de registro ante la autoridad sanitaria, su dirección, número telefónico, el servicio en que se atiende al paciente y el tipo de atención brindada (hospitalización, urgencias, cirugía, entre otros). Asimismo, se asigna un número de expediente clínico único para cada paciente. Esta información garantiza la trazabilidad del documento, asegura su validez legal y facilita auditorías internas o revisiones externas.

La siguiente sección corresponde a la **ficha de identificación del paciente**, donde se recaban datos personales como nombre completo, edad, sexo, fecha de nacimiento, CURP, nacionalidad, estado civil, ocupación y escolaridad. También se incluye el domicilio del paciente, teléfonos de contacto y nombre de la persona a la que se debe notificar en caso de emergencia. Algunos datos adicionales, como grupo étnico o religión, son opcionales pero pueden tener importancia clínica o social en ciertos contextos. Esta información permite identificar inequívocamente al paciente, garantiza la continuidad en la atención y facilita la comunicación con familiares cuando sea necesario.

Uno de los apartados más relevantes es la **historia clínica de ingreso**, que debe ser elaborada por el médico tratante dentro de las primeras 24 horas de la admisión hospitalaria. Esta historia recoge el motivo del ingreso, una descripción detallada del padecimiento actual (relato cronológico de síntomas y signos), los antecedentes personales y familiares relevantes, así como hábitos de vida, consumo de medicamentos y presencia de alergias. También incluye un interrogatorio por aparatos y sistemas, que ayuda a identificar otros posibles problemas de salud no relacionados directamente con el motivo de ingreso. Posteriormente, se consigna la exploración física completa, incluyendo los signos vitales, peso, talla y hallazgos por regiones corporales. Finalmente, el médico documenta los diagnósticos iniciales, el pronóstico del paciente y el plan diagnóstico-terapéutico propuesto. Esta sección constituye la base clínica sobre la cual se sustenta toda la atención médica subsecuente.

A lo largo de la estancia hospitalaria, el médico debe registrar periódicamente las **notas de evolución**, utilizando para ello el formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan), el cual permite organizar de manera estructurada la información obtenida en cada visita médica. En la sección subjetiva se recogen los síntomas y percepciones del paciente; en la objetiva, los signos vitales, hallazgos del examen físico y resultados de estudios recientes; en la parte analítica, se plantea una valoración clínica del estado del paciente; y en la sección de plan, se indican las conductas a seguir, como ajustes en el tratamiento, solicitudes de interconsulta o estudios complementarios. Estas notas son fundamentales para garantizar la continuidad asistencial, documentar la evolución del paciente y sustentar decisiones clínicas. Además, sirven como herramienta de comunicación entre médicos de distintos turnos o servicios.

Cuando durante la atención se requiere la participación de otro especialista, se debe elaborar una **nota de interconsulta**, en la que se indique el servicio consultado, el motivo de la solicitud, la valoración realizada por el especialista y las recomendaciones proporcionadas. Este tipo de nota permite integrar diferentes enfoques clínicos en beneficio del paciente, promueve el trabajo multidisciplinario y asegura que todas las decisiones clínicas queden debidamente documentadas.

Por su parte, la **hoja de enfermería** debe ser llenada por el personal de enfermería en cada turno. En ella se registra una gráfica de signos vitales, la administración de medicamentos y tratamientos, los procedimientos realizados (como curaciones, cambios de posición, vigilancia de sondas o drenajes), así como observaciones relevantes sobre el estado del paciente. Esta hoja también incluye espacio para la firma de la enfermera responsable del turno. Su función es reflejar con precisión los cuidados proporcionados y cualquier cambio clínico observado, lo cual es esencial para el seguimiento del paciente y para la defensa profesional del personal de enfermería en caso de cualquier eventualidad.

Los procedimientos médicos o quirúrgicos que implican riesgos requieren la firma de un **consentimiento informado**, documento que formaliza la autorización del paciente (o su representante legal) para que se lleve a cabo una intervención. Este formato incluye el nombre del procedimiento, una descripción comprensible, los riesgos y beneficios esperados, las alternativas disponibles, así como los datos y firmas del paciente, del médico que brinda la información y de dos testigos. Este documento es una expresión del respeto a la autonomía del paciente y un resguardo legal indispensable para el hospital y el personal médico.

Las **indicaciones médicas**, también conocidas como órdenes, deben ser registradas por el médico cada vez que se indique un tratamiento, un estudio, una dieta específica, un cuidado especial o cualquier acción que deba ser realizada por otros integrantes del equipo de salud. Este registro debe contener fecha, hora, descripción precisa de la indicación, dosis y vía (si aplica), y debe estar firmada por el médico. La claridad y precisión en este documento son claves para evitar errores de interpretación y garantizar una ejecución segura de las indicaciones.

En caso de procedimientos quirúrgicos, se deben elaborar dos documentos adicionales: la **nota preoperatoria**, donde se consignan el diagnóstico prequirúrgico, los estudios realizados, la técnica planificada y la preparación del paciente; y la **nota postoperatoria**, que se redacta al finalizar la cirugía y en la que se describen los hallazgos, la técnica realizada, las complicaciones si las hubo, y el estado postoperatorio inmediato del paciente. Ambas notas son requeridas por la norma y permiten llevar un control completo del evento quirúrgico.

Cuando el paciente concluye su estancia hospitalaria, se debe elaborar la **nota de egreso o resumen de alta**, documento que sintetiza toda la hospitalización. En él se indica la fecha de ingreso y egreso, los diagnósticos al alta, un resumen de la evolución clínica, los tratamientos realizados, la condición del paciente al egreso, el plan de seguimiento y las recomendaciones específicas para su cuidado en casa. Este resumen es fundamental para la continuidad de la atención en consulta externa, y también tiene valor administrativo, epidemiológico y legal.

Si el paciente decide salir del hospital por voluntad propia, en contra de la recomendación médica, se debe llenar la **hoja de egreso voluntario**, en la cual se asienta la decisión del paciente, se le explican los riesgos de dicha acción, y se recogen las firmas del paciente, del médico tratante y de un testigo. Este documento protege legalmente al hospital frente a posibles consecuencias derivadas del egreso no autorizado.

En caso de fallecimiento del paciente, se debe registrar la **nota de defunción**, donde se indica la fecha y hora del deceso, la causa inmediata de muerte, las causas antecedentes, si se solicitó autopsia y si fue aceptada, así como si se notificó a los familiares y a las autoridades correspondientes. Este registro es obligatorio y tiene implicaciones tanto legales como estadísticas y administrativas.

Finalmente, el expediente cuenta con un espacio para **observaciones finales**, donde se pueden incluir anotaciones administrativas, sellos de validación, revisiones por parte del comité clínico o auditorías internas. Esta sección permite cerrar formalmente el expediente y asegurar que todo se encuentra completo y validado.

En conjunto, estos campos ofrecen una estructura clara, lógica y funcional para la documentación clínica en un entorno hospitalario. Al estar alineados con los requisitos legales y normativos, y al incorporar buenas prácticas internacionales, permiten no solo cumplir con la normativa vigente, sino también elevar el estándar de calidad en la atención, facilitar la toma de decisiones clínicas, proteger legalmente al personal de salud, y contribuir al mejoramiento continuo de los procesos hospitalarios.

**Plantilla Integral para Expediente Clínico Hospitalario**, desarrollada conforme a las **mejores prácticas internacionales** de documentación médica y de **enfermería**, y estrictamente **alineada con los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012**. Esta plantilla es útil tanto en su versión **impresa** como en su **versión electrónica**, y puede utilizarse como modelo para digitalización o para impresión directa.

**🏥 Plantilla Integral de Expediente Clínico Hospitalario**

*Aplicable para instituciones públicas y privadas en México. Compatible con NOM-004-SSA3-2012.*

**A. Datos de Identificación del Establecimiento de Salud**

* Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Clave o Registro SSA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Servicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tipo de Atención: ☐ Hospitalización ☐ Urgencias ☐ Cirugía ☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Número de Expediente Clínico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B. Ficha de Identificación del Paciente**

* Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Edad: \_\_\_\_\_\_ años Sexo: ☐ M ☐ F
* Fecha de nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_
* CURP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Escolaridad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirección completa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Persona de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Acompañado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Grupo étnico (si aplica): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Religión (opcional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Médico tratante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C. Historia Clínica (Ingreso Hospitalario)**

*(A llenar por el médico tratante al ingreso del paciente)*

**1. Motivo de ingreso**

**2. Padecimiento actual (cronología, síntomas, signos)**

**3. Antecedentes heredofamiliares**

**4. Antecedentes personales patológicos**

(enfermedades previas, hospitalizaciones, cirugías, traumatismos, transfusiones)

**5. Antecedentes personales no patológicos**

(hábitos, tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías, alimentación, actividad física)

**6. Antecedentes gineco-obstétricos (si aplica)**

Menarca: \_\_\_\_\_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_\_\_ Gestas: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

**7. Medicamentos actuales**

**8. Alergias conocidas**

☐ No conocidas ☐ Sí (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. Interrogatorio por aparatos y sistemas**

(Registrar hallazgos relevantes en: digestivo, respiratorio, cardiovascular, genitourinario, nervioso, locomotor, piel, etc.)

**10. Exploración física**

* Signos vitales:
  + Tensión arterial: \_\_\_\_\_ mmHg
  + Frecuencia cardiaca: \_\_\_\_\_ lpm
  + Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_ rpm
  + Temperatura: \_\_\_\_\_ °C
  + Saturación O2: \_\_\_\_\_ %
  + Peso: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ m IMC: \_\_\_\_\_

(Continúa)