

**FORMATO** **DE** **ADMISIÓN**

**DATOS** **PERSONALES**

ID: 60174

Fecha de ingreso: {fechaIngreso | upper} Hora de ingreso: {horaIngreso | upper} No. de expediente:

No. de habitación: {cuarto}

**Nombre:**

{nombre | upper}

**Fecha** **de** **nacimiento:**

{fechaNacimiento}

{estadoCivil | upper}

**Edad:**

{edad}

**Sexo:**

{genero | upper}

**Estado** **civil:**

**Teléfono:**

**Ocupación/empleo:**

**Domicilio:**

{direccion | upper} {colonia | upper} {codigoPostal | upper}

**Ciudad:**

**Calle**

**Número**

**Colonia**

**C.P.**

**Método** **de** **pago:** **Particular(** **)** **Aseguradora(** **)** **Otro(** **)** **Especifique:** **DATOS** **DE** **CONTACTO**

**Nombre** **de** **persona** **responsable:**

{nombreResponsable | upper}

{domicilioResponsable | upper} {coloniaResponsable | upper} {codigoPostalResponsable | upper}

**Parentesco:**

{parentesco | upper}

**Domicilio:**

**Calle**

**Número**

**Colonia**

**C.P.**

**Ciudad:**

**Teléfono** **opción** **1:** **DATOS** **CLÍNICOS**

**Médico** **tratante:**

{telefonoResponsable | upper}

{nombreMedico | upper}

**Especialidad:**

{especialidad}

**Motivo** **de** **Ingreso:** {motivoIngreso | upper}

**Diagnóstico** **de** **ingreso: {diagnosticoIngreso | upper}**

**Procedimiento: {procedimiento}**

**Diagnóstico** **de** **egreso:**

**Firma** **de** **alta** **del** **médico:** **Fecha:** **Hora:**

**Firma** **del** **enfermero** **responsable** **del** **egreso:**

**CENTRO** **DE** **ATENCIÓN,** **DIAGNÓSTICO** **Y** **REHABILITACIÓN** **PRIVADO** **DE** **HERMOSILLO,** **S.C.** es

responsable del mantenimiento de sus datos personales, con domicilio en Mariano Escobedo No. 163-B Col. San Benito, Hermosillo, Sonora, México. Los datos que solicitamos serán utilizados para las siguientes finalidades : prestación de servicios de atención médica y hospitalaria, así como para el efectivo cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la relación entre los diversos servicios profesionales, técnicos y auxiliares de la salud que intervengan en dichos servicios, tales como médicos tratantes, interconsultas, personal de apoyo a los mismos, empresas prestadoras de servicios subrogados, y de las subsidiarias, afiliadas o de las sociedades que forme parte de este Hospital. Si requiere mayor información puede acceder a nuestro aviso de privacidad completo a través de [www.sanbenitohospital.com](http://www.sanbenitohospital.com/) o en el domicilio de nuestro Hospital descrito anteriormente.



ID: 60174

Fecha de ingreso: Hora de ingreso: No. de expediente:

No. de habitación:

{fechaIngreso}

{horaIngreso}

{cuarto}

**FORMATO** **DE** **ADMISIÓN**

**DATOS** **PERSONALES**

{nombre | upper}

**Nombre:**

**Fecha** **de** **nacimiento:**

{fechaNacimiento}

{estadoCivil | upper}

**Edad:**

{edad}

**Sexo:**

{genero | upper}

**Estado** **civil:**

**Teléfono:**

{telefono}

**Ocupación/empleo:**

**Domicilio:**

AV VILLA SAN ADRIAN 12 FRACC VILLA MERCEDES 83240

**Ciudad:**

HERMOSILLO

**Calle**

**Número**

**Colonia**

**C.P.**

**Método** **de** **pago:** **Particular(** **)** **Aseguradora(** **)** **Otro(** **)** **Especifique:** **DATOS** **DE** **CONTACTO**

**Nombre** **de** **persona** **responsable:**

{nombreResponsable | upper}

{domicilioResponsable | upper} {coloniaResponsable | upper} {codigoPostalResponsable | upper}

**Parentesco:**

{parentesco | upper}

**Domicilio:**

**Calle**

**Número**

**Colonia**

**C.P.**

**Ciudad:**

**Teléfono** **opción** **1:** **DATOS** **CLÍNICOS**

**Médico** **tratante:**

{telefonoResponsable | upper}

{nombreMedico | upper}

**Especialidad:**

{especialidad | upper}

**Motivo** **de** **Ingreso:** {motivoIngreso | upper}

**Diagnóstico** **de** **ingreso: {diagnosticoIngreso | upper}**

**Procedimiento: {procedimiento | upper}**

**Diagnóstico** **de** **egreso:**

**Firma** **de** **alta** **del** **médico:** **Fecha:** **Hora:**

**Firma** **del** **enfermero** **responsable** **del** **egreso:**

**CENTRO** **DE** **ATENCIÓN,** **DIAGNÓSTICO** **Y** **REHABILITACIÓN** **PRIVADO** **DE** **HERMOSILLO,** **S.C.** es

responsable del mantenimiento de sus datos personales, con domicilio en Mariano Escobedo No. 163-B Col. San Benito, Hermosillo, Sonora, México. Los datos que solicitamos serán utilizados para las siguientes finalidades : prestación de servicios de atención médica y hospitalaria, así como para el efectivo cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la relación entre los diversos servicios profesionales, técnicos y auxiliares de la salud que intervengan en dichos servicios, tales como médicos tratantes, interconsultas, personal de apoyo a los mismos, empresas prestadoras de servicios subrogados, y de las subsidiarias, afiliadas o de las sociedades que forme parte de este Hospital. Si requiere mayor información puede acceder a nuestro aviso de privacidad completo a través de [www.sanbenitohospital.com](http://www.sanbenitohospital.com/) o en el domicilio de nuestro Hospital descrito anteriormente.



**CONSENTIMIENTO** **INFORMADO** **PARA** **PROCEDIMIENTOS** **QUIRÚRGICOS**

Fecha de ingreso: Hora de ingreso:

No. de expediente:

{fechaIngreso}

{horaIngreso}

**Nombre** **del** **paciente:** {nombre | upper}

**Nombre** **del** **representante** **legal:** {nombreResponsable | upper}

Yo **C**. **{nombre | upper}**, por medio de la presente doy mi consentimiento al médico cirujano **Dr**. **{nombreMedico | upper}**, así como a sus ayudantes para que se me practiqué el procedimiento quirúrgico llamado {procedimiento | upper}, así como la atención a urgencias imprevistas asociadas a la intervención, manifiesto que el médico ha respondido a cada una de las preguntas que he planteado con un lenguaje simple y comprensible sobre el procedimiento quirúrgico. Así mismo, me informó sobre los posibles riesgos que conlleva el procedimiento quirúrgico el cual podría aumentar la estancia hospitalaria y requerir tratamientos complementarios. Las complicaciones más frecuentes son:

.

Declaro que he comprendido las explicaciones que me han dado y que el médico tratante aclaró todas las observaciones y dudas, de igual forma, autorizo al personal de salud de esta institución tomar las medidas terapéuticas pertinentes para atender cualquier situación de urgencias que pudiera surgir.

Reservo el derecho de revocar mi consentimiento antes de que el /los procedimientos expresados en este documento sean llevados a cabo. Por lo anteriormente expresado **ACEPTO** los procedimientos y tratamientos que me fueron propuestos.

{nombreMedico | upper}

**Nombre,** **firma** **y** **Ced.** **Prof.** **del** **médico** **cirujano**

{nombreResponsable | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **1**

{nombre | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **paciente/representante** **legal**

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **2**

En caso de que el paciente/representante legal niegue el consentimiento: **NIEGO** la autorización a que se me realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que me fueron propuestos y justificados, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante y al hospital aun habiéndome explicado los alcances clínicos de rechazo, asumo las consecuencias de esta decisión.

{nombreMedico | upper}

**Nombre,** **firma** **y** **Ced.** **Prof.** **del** **médico** **cirujano**

{nombreResponsable | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **1**

{nombre | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **paciente/representante** **legal**

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **2**



**CONSENTIMIENTO** **INFORMADO** **PARA** **PROCEDIMIENTOS** **DE** **ANESTESIA**

Fecha de ingreso: Hora de ingreso:

No. de expediente:

{fechaIngreso}

{horaIngreso}

**Nombre** **del** **paciente:** {nombre | upper}

**Nombre** **del** **representante** **legal:** {nombreResponsable | upper}

Yo **C**. **{nombre | upper}**, por medio de la presente doy mi consentimiento al médico anestesiólogo **Dr.** {nombreAnestesiologo | upper} a administrar el procedimiento a n e s t é s i c o / r e q u e r i d o p a r a q u e s e m e p r a c t i q u é e l p r o c e d i m i e n t o q u i r ú r g i c o llamado {procedimiento | upper}.

Declaró que ha respondido a cada una de las dudas y observaciones que le he formulado y que he comprendido las explicaciones que me ha dado con lenguaje simple y comprensible sobre el acto anestésico, el cual lleva implícito posibles riesgos y complicaciones incapacitantes o mortales derivadas de la técnica anestésica, el procedimiento quirúrgico, estado de salud del paciente y de los tratamientos previos que estuviera recibiendo, así como de anomalías anatómicas y reacciones alérgicas, los cuales pudieran requerir tratamiento médico complementario que aumente la estancia hospitalaria. De igual forma, autorizo al personal de salud de esta institución tomar las medidas terapéuticas pertinentes para atender cualquier situación de urgencias que pudiera surgir. Dentro de las complicaciones más frecuentes que se pudieran presentar se encuentra:

* **Sedación**: Disminución de la capacidad de respuesta respiratoria y/o cardiovascular, disminución de la capacidad de transporte de sangre y oxígeno, trastorno del ritmo cardíaco con o sin alteración de la respiración que pudiera provocar paro respiratorio, alteración del estado de conciencia y la capacidad de reaccionar ante estímulos externos.
* **Anestesia** **local**: Ardor en el sitio de infiltración, efectos anafilácticos como eritema e incluso choque anafiláctico, efecto insuficiente de la anestesia local como falla del procedimiento, cambio de técnica anestésica, daño neuronal transitorio o permanente relacionada con la anestesia local o de la aguja utilizada para su aplicación, así como inyección intramuscular inadvertida.
* **Bloqueo** **regional**: Dolor en la columna y/o sitio de punción, efectos sistémicos de los anestésicos locales, daño neural transitorio o permanente con la inhalación o presencia de catéter espinal, dolor de cabeza posterior a la punción accidental de duramadre (pudiera requerir la aplicación de parche hemático), difusión no deseada de espacio subdural y respuesta adversa del paciente a los medicamentos aplicados.
* **Anestesia** **general**: Ruptura o extracción de piezas dentales, broncoaspiración de contenido gástrico, lesión de mucosas de nariz y boca, ronquera o dolor de garganta posterior a la intubación, imposibilidad de colocar tubo traqueal, posibilidad de traqueostomía, respuesta adversa a los medicamentos, posibilidad para oxigenar inadecuadamente con probabilidad de daño orgánico o fallecimiento y respuesta inadecuada a los fármacos.

Reservo el derecho de revocar mi consentimiento antes de que el /los procedimientos expresados en este documento sean llevados a cabo. Por lo anteriormente expresado **ACEPTO** los procedimientos y tratamientos que me fueron propuestos.

{nombreAnestesiologo | upper}

**Nombre,** **firma** **y** **Ced.** **Prof.** **del** **médico** **tratante**

{nombreResponsable | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **1**

{nombre | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **paciente/representante** **legal**

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **2**

En el caso de que el paciente/representante legal se niegue el consentimiento: **NIEGO** la autorización a que se me realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que me fueron propuestos y justificados, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante y al hospital aun habiéndome explicado los alcances clínicos de rechazo, asumo las consecuencias de esta decisión.

{nombreAnestesiologo | upper}

**Nombre,** **firma** **y** **Ced.** **Prof.** **del** **médico** **tratante**

{nombreResponsable | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **1**

{nombre | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **paciente/representante** **legal**

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **2**



**CONSENTIMIENTO** **INFORMADO** **PARA** **PROCEDIMIENTOS** **PARACLÍNICOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha de ingreso: | {fechaIngreso} | |
| Hora de ingreso: No. de expediente: | {horaIngreso} | |
|  |  |
|  |

**Nombre** **del** **paciente:** {nombre | upper}

**Nombre** **del** **representante** **legal:** {nombreResponsable | upper}

**Médico** **tratante:** {nombreMedico | upper}

Yo **C**. **{nombre | upper}**, por medio de la presente doy mi consentimiento a Hospital San Benito (Centro de Atención, Diagnóstico y Rehabilitación Privado de Hermosillo, S.C.) a realizar los estudios paraclínicos, tales como ultrasonido, rayos X, tomas de biopsias, muestras sanguíneas, transfusiones sanguíneas, uso de equipos especiales como microscopio, endoscopio, laparoscopio, entre otros, que solo se realizarán mediante la indicación del médico tratante.

Manifiesto que se me ha respondido a cada una de las preguntas que he planteado con un lenguaje simple y comprensible sobre los estudios propuestos. Es importante aclarar, bajo el derecho a ser tratado con confidencialidad y privacidad, que los resultados de las pruebas se manejan de forma reservada y no se divulgarán, solo con la expresa autorización del paciente.

Autorizo al personal de salud de esta institución a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que me fueron propuestos, bajo indicación del médico tratante. Y el compromiso del paciente o representante legal de cubrir el costo correspondiente al sumarse a la cuenta final durante su estancia hospitalaria, en el entendido de que Hospital San Benito es intermediario del servicio de: ultrasonido, rayos X, patología, equipos especiales como microscopio, endoscopio, laparoscopio, entre otros. Cabe aclarar que los estudios de laboratorio y transfusiones sanguíneas se liquidarán en el servicio correspondiente.

Reservo el derecho de revocar mi consentimiento antes de que el /los procedimientos expresados en este documento sean llevados a cabo. Por lo anteriormente expresado **ACEPTO** los procedimientos y tratamientos que me fueron propuestos.

{nombre | upper}

**Hospital** **San** **Benito** **Nombre** **y** **firma** **del** **paciente/representante** **legal**

{nombreResponsable | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **1** **Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **2**

En caso de que el paciente/representante legal niegue el consentimiento: **NIEGO** la autorización a que se me realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que me fueron propuestos y justificados, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante y al hospital aun habiéndome explicado los alcances clínicos de rechazo, asumo las consecuencias de esta decisión.

{nombre | upper}

**Hospital** **San** **Benito**

{nombreResponsable | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **1**

**Nombre** **y** **firma** **del** **paciente/representante** **legal**

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **2**



**CONSENTIMIENTO** **INFORMADO** **TRANSFUSIONAL**

Fecha de ingreso: Hora de ingreso:

No. de expediente:

{fechaIngreso}

{horaIngreso}

**Nombre** **del** **paciente:** {nombre | upper}

**Nombre** **del** **representante** **legal:** {nombreResponsable | upper}

**Diagnóstico** **principal:**

**Motivo** **de** **transfusión:**

Yo **C**. **{nombre | upper}**, por medio de la presente doy mi consentimiento a Hospital San Benito (Centro de Atención, Diagnóstico y Rehabilitación Privado de Hermosillo, S.C.) a realizar los procedimientos que me fueron propuestos por el médico responsable **Dr**. **{nombreMedico | upper}**, así como la atención de contingencias y/o urgencias que pudieran presentarse, todo esto bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica fundamentada en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y la NOM-253-SSA1-2012 para la disposición de sangre y sus componentes.

He sido informado que la sangre o hemoderivados que yo reciba provienen de un donador evaluado por un médico capacitado que ha considerado sano, y que además fue sometido a estudios de tamizaje para determinar infección ocasionada por Virus de Inmunodeficiencia Humana (anti-HIV), hepatitis B (HBsAg y Anti-HBCore), hepatitis C (anti-HCV), sífilis (treponema pallidum), brucelosis/fiebre de Malta (brucella abortus) y enfermedad de Chagas (Tripanozoma cruzi), los cuales resultaron negativos por lo cual llevan adheridos el sello de garantía de calidad. Es importante aclarar que le han hecho las pruebas de compatibilidad correspondientes a los glóbulos rojos con resultado de COMPATIBLE.

Manifiesto que se me ha respondido a cada una de las preguntas que he planteado con un lenguaje simple y comprensible sobre transfusiones sanguíneas y hemocomponentes, así como cuál es el proceso a seguir durante la transfusión (tipo de hemoderivado): , como auxiliar en el manejo de mi condición actual de salud para garantizar una adecuada terapia de reposición. Es de mi conocimiento los posibles riesgos que conlleva el acto transfusional y los efectos adversos que pudieran presentarse como aumento de pulso, respiración y presión arterial, fiebre, escalofríos, erupción cutánea, comezón, dolor muscular, sangrado, dificultad para respirar, orina oscura, además de riesgo de presentar reacción alérgica severa e incluso la muerte. Soy consciente que a pesar de los estudios especializados que se realizan en el proceso de selección del donante existe la posibilidad remota de presentar alguna infección relacionada a la sangre, he leído y entendido la información proporcionada por el personal de salud de este Hospital y han sido aclaradas todas mis dudas.

Haciendo ejercicio de mi voluntad, estoy de acuerdo en que se realice el proceso de transfusión y de tomar las medidas terapéuticas necesarias en caso de que se presentara alguna reacción adversa a la transfusión.

Reservo el derecho de revocar mi consentimiento antes de que el /los procedimientos expresados en este documento sean llevados a cabo. Por lo anteriormente expresado **ACEPTO** los procedimientos y tratamientos que me fueron propuestos.

{nombreMedico | upper}

**Nombre,** **firma** **y** **Ced.** **Prof.** **del** **médico** **cirujano**

{nombreResponsable | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **1**

{nombre | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **paciente/representante** **legal**

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **2**

En caso de que el paciente/representante legal niegue el consentimiento: **NIEGO** la autorización a que se me realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que me fueron propuestos y justificados, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante y al hospital aun habiéndome explicado los alcances clínicos del rechazo, asumo las consecuencias de esta desición.

{nombreMedico | upper}

**Nombre,** **firma** **y** **Ced.** **Prof.** **del** **médico** **cirujano**

{nombreResponsable | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **1**

{nombre | upper}

**Nombre** **y** **firma** **del** **paciente/representante** **legal**

**Nombre** **y** **firma** **del** **testigo** **2**



**NOTA** **DE** **INGRESO**

**No.** **de** **expediente**

**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

**Nombre:**

{nombre | upper}

**Fecha** **de** **nacimiento:**

{genero | upper}

{fechaNacimiento}

**Edad:**

{edad} **Sexo:**

**Fecha** **de** **ingreso:**

{fechaIngreso}

**Hora** **de** **ingreso:**

{horaIngreso}

**SIGNOS** **VITALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T/A:** | **/** **mmHg** | **F.C:** | **lpm** | **F.R:** | **rpm** | **T.C:** | **°C** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PADECIMIENTO** **ACTUAL** |  |
| **EXPLORACIÓN** **FÍSICA** |  |
| **PARACLÍNICOS** **PREVIOS** |  |
| **TRATAMIENTO** **PREVIO** |  |
| **DIAGNÓSTICO** |  |
| **PRONÓSTICO** |  |
| **TRATAMIENTO** |  |
| **COMENTARIOS** |  |

**Dr.** {nombreMedico | upper}

**Nombre** **del** **médico** **tratante**

**Firma** **del** **médico** **tratante**



**HISTORIA** **CLÍNICA**

**No.** **de** **expediente**

**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

**Nombre:**

{nombre | upper}

**Fecha** **de** **nacimiento:**

{genero | upper}

{fechaNacimiento}

**Edad:**

{edad} **Sexo:**

**Informante:** **Directo(** **)** **Indirecto(** **)** **Especifique:**

**PADECIMIENTO** **ACTUAL**

**ANTECEDENTES** **HEREDOFAMILIARES**

**Madre:** Viva( ) Finada( ) Enfermedades que padece/padeció:

**Padre:** Vivo( ) Finado( ) Enfermedades que padece/padeció:

**Hermanos:** Cuántos Vivos Finados Enfermedades que padecen o padecieron:

**Abuela** **materna:**

**Abuelo** **materno:**

**Abuela** **paterna:**

**Abuelo** **paterno:**

**Familia:** Nuclear( ) Extensa( ) Compuesta( )

**Rol:** Padre/Madre( ) Hijo(a)( ) Esposo(a)( ) Proveedor principal( ) Estudiante( ) Otro( )

Especifique:

**ANTECEDENTES** **PERSONALES** **NO** **PATOLÓGICOS**

**Lugar** **de** **nacimiento:** **Escolaridad:**

**Religión:**

**Empleo/ocupación:**

**Estado** **civil:**

{estadoCivil | upper}

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alimentación:** Buena( ) Mala( ) |  | **Tabaquismo:** Si( | ) No( | ) Frecuencia: |
| **Higiene:** Buena( ) Mala( ) |  | **Alcoholismo:** Si( | ) No( | ) Frecuencia: |
| **Actividad** **física:** Si( ) No( ) Frecuencia Tipo:  **Esquema** **de** **inmunizaciones:** Si( ) No( | ) | **Toxicomanías:** Si(  **Otro:** | ) No( | ) Especifique: |

**ANTECEDENTES** **GINECÓLOGICOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Menarca:** | **Gestas:** |  | **No.** **hijos** **vivos:** |  |  |
| **F.U.M:** | **Abortos:** |  | **Macrosómicos:** |  |  |
| **Ritmo:** | **Partos:** |  | **Bajo** **peso:** |  |  |
| **I.V.S.A:** | **Casáreas:** |  | **Método** **anticonceptivo:** Si( | ) No( | ) |
| **No.** **de** **parejas:** | **Fecha** **último** **parto:** | **/** **/** | Especifique: |  |  |

**ANTECEDENTES** **PERSONALES** **PATOLÓGICOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cardiovascular:** **Respiratorio:**  **Neurológico:**  **Urológico:**  **Gastrointestinal:** **Hepático:** | **Renal:**  **Hematológico:**  **Oncológico:**  **Infectocontagiosos:**  **Ap.** **Musc-esq:** **Quirúrgicos:** | **Traumáticos:**  **Alérgicos:**  **Transfusiones:**  **Otros:** |

**SIGNOS** **VITALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T/A:** | **/** **mmHg** | **F.C:** | **lpm** | **F.R:** | **rpm** | **T.C:** | **°C** |

**SOMATOMETRÍA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Talla:** | **M/cm** | **Peso:** | **Kg** | **IMC:** | **P.C:** | **cm** | **P.T:** | **cm** | **P.A:** | **cm** |

**EXPLORACIÓN** **FÍSICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **HABITUS** **EXTERIOR** |  |
| **CABEZA** |  |
| **CUELLO** |  |
| **TÓRAX** |  |
| **ABDOMEN** |  |
| **COLUMNA** **VERTEBRAL** |  |
| **GENITALES** |  |
| **EXTREMIDADES** |  |

**PARACLÍNICOS** **Y** **TRATAMIENTOS** **PREVIOS**

**DIAGNÓSTICO**

**PRONÓSTICO**

**INDICACIONES** **TERAPÉUTICAS**

**COMENTARIOS**

**Dr.**

{nombreMedico | upper}

**Nombre** **del** **médico** **tratante**

**Firma** **del** **médico** **tratante**



**NOTA** **DE** **EVOLUCIÓN**

**No.** **de** **expediente**

**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

**Nombre:**

{nombre | upper}

**Fecha** **de** **nacimiento:**

{genero | upper}

{fechaNacimiento}

**Edad:**

{edad} **Sexo:**

**Fecha** **de** **ingreso:**

{fechaIngreso}

**Hora** **de** **ingreso:**

{horaIngreso}

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** **Y** **HORA** | **NOTA** **DE** **EVOLUCIÓN** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**NOTA:** El médico debe firmar al pie de cada nota de evolución, las mismas que deberán coincidir con la fecha y hora que fueron elaboradas.

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** **Y** **HORA** | **NOTA** **DE** **EVOLUCIÓN** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**NOTA:** El médico debe firmar al pie de cada nota de evolución, las mismas que deberán coincidir con la fecha y hora que fueron elaboradas.



**INDICACIONES** **MÉDICAS**

**No.** **de** **expediente**

**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

**Nombre:**

{nombre | upper}

**Fecha** **de** **nacimiento:**

{genero | upper}

{fechaNacimiento}

**Edad:**

{edad} **Sexo:**

**Fecha** **de** **ingreso:**

{fechaIngreso}

**Hora** **de** **ingreso:**

{horaIngreso}

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** **Y** **HORA** | **INDICACIONES** **MÉDICAS** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**NOTA:** El médico debe firmar al pie de cada nota de evolución, las mismas que deberán coincidir con la fecha y hora que fueron elaboradas.

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** **Y** **HORA** | **INDICACIONES** **MÉDICAS** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**NOTA:** El médico debe firmar al pie de cada nota de evolución, las mismas que deberán coincidir con la fecha y hora que fueron elaboradas.



**TRAZABILIDAD** **FARMACÉUTICA**

**No.** **de** **expediente**

**Fecha:**

**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

**Nombre:**

{nombre | upper}

**Fecha** **de** **nacimiento:**

{alergias | upper}

{fechaNacimiento}

**Edad:**

{edad} **Sexo:** {genero | upper}

**Alergias:**

**Diagnóstico** **médico:**

**Médico** **tratante:**

{nombreMedico | upper}

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS** **GENERALES** **MINISTRACIÓN** | **DENOMINACIÓN** **DISTINTIVA** **O** **GENÉRICA** | **TURNO** | | **RESPONSABLE** **DE** **MINISTRACIÓN** | | **SE** **REALIZÓ** **LA** **DOBLE** **VERIFICACIÓN** | |
| **NOMBRE** | **FIRMA** | **SI** | **NO** |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |

# **Doble** **verificación:** deberá realizarse en el proceso de preparación y administración de medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes, citotóxicos y radiofármacos). Dos personas deberán verificar la presencia de alergias y los 6 correctos; 1) paciente correcto, 2) medicamento correcto, 3) dosis correcta, 4) vía correcta, 5) horario correcto, 6) registro correcto.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS** **GENERALES** **MINISTRACIÓN** | **DENOMINACIÓN** **DISTINTIVA** **O** **GENÉRICA** | **TURNO** | | **RESPONSABLE** **DE** **MINISTRACIÓN** | | **SE** **REALIZÓ** **LA** **DOBLE** **VERIFICACIÓN** | |
| **NOMBRE** | **FIRMA** | **SI** | **NO** |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |
| **Lote:** | **Vespertino** |  |  |  |  |  |
| **Cad:** | **Nocturno** |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** |  | **Matutino** |  |  |  |  |  |

**Lote:** **Vespertino**

**Cad:** **Nocturno**

# **Doble** **verificación:** deberá realizarse en el proceso de preparación y administración de medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes, citotóxicos y radiofármacos). Dos personas deberán verificar la presencia de alergias y los 6 correctos; 1) paciente correcto, 2) medicamento correcto, 3) dosis correcta, 4) vía correcta, 5) horario correcto, 6) registro correcto.



**NOTIFICACIÓN** **DE** **EGRESO** **Y** **RESUMEN** **DE** **ALTA**

**No.** **de** **expediente**

**Fecha:**

**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

{cuarto}

**Nombre:**

{nombre | upper}

**No** **de** **Cuarto:**

**Médico** **tratante:**

{nombreMedico | upper}

**Clave** **del** **Paciente:**

{clavePaciente}

**Motivo** **de** **egreso:** **Mejora** **Traslado** **Defunción** **Alta** **Voluntaria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEDICAMENTOS | DIETA | CUIDADOS |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Motivo de Admisión | Medico Interconsultas | | | |
|  |  | Nombre | Especialidad |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Diagnóstico(s) Egreso: | | | | |
| Resumen, Evolución y Estado Actual: | | | | |
| Procedimientos Realizados: | | | | |
| Tramitar Cita Con Dr.: | | | | |

**Dr.** {nombreMedico | upper}

**Médico**

**Enfermera(o)** **que** **notifica**

**Personal** **de** **caja**

Laboratorio:



**NOTA** **PREOPERATORIO** **Y** **POSTOPERATORIO**

**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

**No.** **de** **expediente**

**Fecha:**

**Nombre:**

{nombre | upper}

**Fecha** **de** **nacimiento:**

{genero | upper}

{fechaNacimiento}

**Edad:**

{edad} **Sexo:**

**Fecha** **de** **ingreso:**

{fechaIngreso}

**Hora** **de** **ingreso:**

{fechaIngreso}

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EQUIPO** **QUIRÚRGICO** | | **DATOS** **QUIRÚRGICOS** |
| **Médico** **cirujano:** {nombreMedico | upper}  **1er** **ayudante:**  **2do** **ayudante:** **Anestesiólogo:** **Instrumentista:**  {nombreAnestesiologo | upper}  **Circulante:** | | **No.** **Sala:** {quirofano}  **Hora** **de** **ingreso:** **Hora** **de** **egreso:**  **Procedimiento:** {procedimiento}  **Anestesia:** |
| **NOTA** **PREOPERATORIA** | | |
| **DIAGNÓSTICO** **PREOPERATORIO** |  | |
| **PLAN** **QUIRÚRGICO** |  | |
| **TIPO** **DE** **INTERVENCIÓN** **QUIRÚRGICA** |  | |
| **RIESGO** **QUIRÚRGICO** |  | |
| **CUIDADOS** **Y** **PLAN** **TERAPÉUTICO** **PREOPERATORIO** |  | |
| **PRONÓSTICO** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOTA** **POSTOPERATORIA** | | | |
| **CIRUGÍA** **PROGRAMADA** |  | | |
| **CIRUGÍA** **REALIZADA** |  | | |
| **DIAGNÓSTICO** **POSTOPERATORIO** |  | | |
| **DESCRIPCIÓN** **DE** **LA** **TECNICA** **QUIRÚRGICA** |  | | |
| **HALLAZGOS** |  | | |
| **REPORTE** **DE** **MATERIAL** **TEXTIL** **E**  **INSTRUMENTAL** |  | | |
| **ACCIDENTES,** **INCIDENTES** **Y** **COMPLICACIONES** |  | | |
| **PÉRDIDA** **SANGUÍNEA** |  | **TRANSFUSIONES** |  |
| **ESTUDIOS** **TRANSOPERATORIOS** |  | | |
| **ESTADO** **POSTOPERATORIO** **INMEDIATO** |  | | |
| **PLAN** **DE** **MANEJO/** **TRATAMIENTO** **POSTOPERATORIO** |  | | |
| **PRONÓSTICO** |  | | |
| **MATERIAL** **ENVIADO** **A** **PATOLOGÍA** |  | | |

**Dr.** {nombreMedico | upper}

**Nombre** **del** **médico** **tratante**

**Firma** **del** **médico** **tratante**



**NOTA** **PREANESTÉSICA** **Y** **POSTANESTÉSICA**

**No.** **de** **expediente**

**Fecha:** {fechaIngreso}

**Hora:** {horaIngreso}

{nombre | upper}

**NOTA** **PREANESTÉSICA**

**Nombre:**

**Edad:**

{procedimiento | upper}

{edad} **Fecha** **de** **nacimiento:**

{fechaNacimiento}

**Diagnóstico** **preoperatorio:**

**Cirugía** **planeada:** **Fecha** **programada:**

**Plan** **anestésico:** **Medicación** **preanestésica:** **ANTECEDENTES** **ANESTÉSICOS,** **PATOLÓGICOS** **Y** **QUIRÚRGICOS**

**EXPLORACIÓN** **FÍSICA**

**Sexo:** {genero | upper}



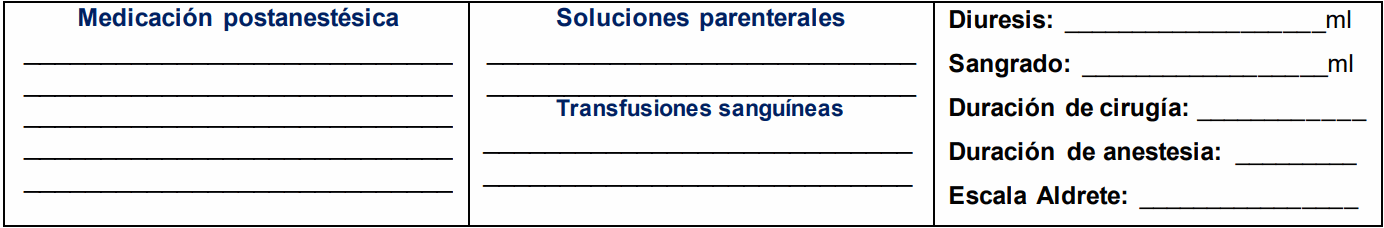
**NOTA** **POSTANESTÉSICA**

**Diagnóstico** **postoperatorio:** **Fecha:**

**Cirugía** **realizada:**  **Hora:**

**TECNICA** **ANESTÉSICA**

**Tipo** **de** **anestesia** **empleada:** **Observaciones:**



**Complicaciones** **del** **paciente** **al** **concluir** **anestesia:** **Estado** **del** **paciente** **al** **concluir** **anestesia:**

**Plan** **anestésico** **postoperatorio:**

**Firma** **del** **médico** **anestesiólogo**

**Dr.**

{nombreAnestesiologo | upper}

**Nombre** **del** **médico** **anestesiólogo**



**REGISTRO** **DE** **ANESTESIA**

**DATOS** **GENERALES**

{nombre | upper}

**Nombre:**

**Edad:**

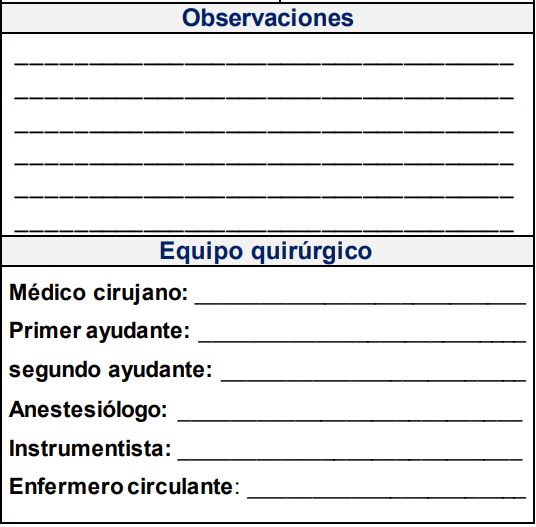
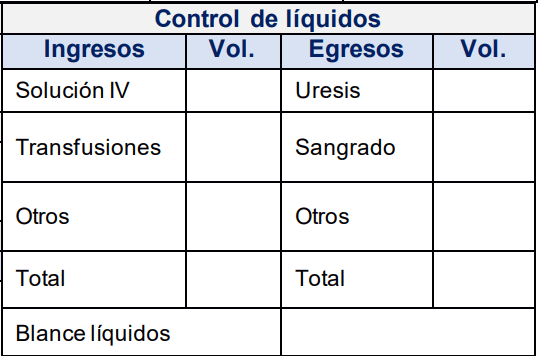
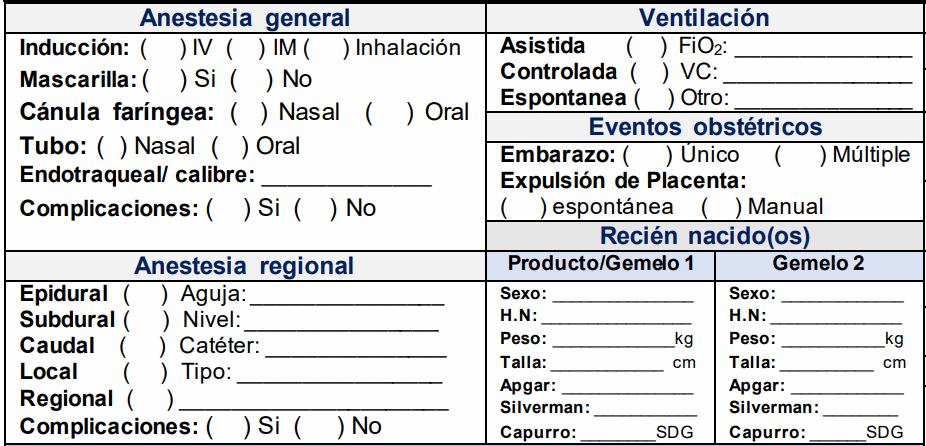
{procedimiento | upper}

{edad} **Fecha** **de** **nacimiento:**

{fechaNacimiento}

**Diagnóstico** **preoperatorio:** **Cirugía** **realizada:**

{motivoIngreso | upper} **Sexo:** {genero | upper}





**LISTA** **DE** **VERIFICACIÓN** **DE** **CIRUGÍA** **SEGURA**

**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

{nombre | upper}

**No.** **de** **expediente**

**Fecha** **de** **ingreso:**

{fechaIngreso}

**Nombre:**

**Fecha** **de** **nacimiento:**

{genero | upper}

{fechaNacimiento}

**Edad:**

{edad} **Sexo:**

**Procedimiento** **quirúrgico:** {procedimiento}

**Firma** **del** **cirujano**

**Firma** **del** **anestesiólogo**

**Firma** **del** **instrumentista**

**Firma** **del** **circulante**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENTRADA**  **(Al** **ingresar** **el** **paciente** **a** **la** **sala)** | **CUMPLIMIENTO** | | |
| **SI** | **NO** | **N/A** |
| **Personal** **de** **enfermería,** **anestesiológo** **y** **cirujano:**  Confirmar la identidad del paciente, procedimiento, sitio quirúrgico,ayuno y carta de consentimiento informado. |  |  |  |
| Se ha marcado el sitio quirúrgico. |  |  |  |
| Se ha comprobado el funcionamiento de los aparatos de anestesia y la  medicación anestésica. |  |  |  |
| Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona. |  |  |  |
| Alergias conocidas. |  |  |  |
| Vía aérea difícil (materiales y equipos/ayuda disponible). |  |  |  |
| Riesgo de hemorragia(>{edad}0 ml o 7ml/kg en niños), se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados y/ o  hemoderivados. |  |  |  |
| Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. |  |  |  |
| Existe riesgo de enfermedad tromboembólica, se ha iniciado tromboprofilaxis. |  |  |  |
| **PAUSA** **QUIRÚRGICA**  **(Antes** **de** **la** **Cirugía)** | | | |
| **Personal** **de** **enfermería,** **anestesiológo** **y** **cirujano:**  Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función. |  |  |  |
| Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento. |  |  |  |
| **Previsión** **de** **eventos** **críticos:**  El cirujano revisa: los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista. |  |  |  |
| El equipo de anestesia revisa: si el paciente presenta algun problema  específico. |  |  |  |
| El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad con resultado de los indicadores y dudas o problemas relacionados con el  instrumental y equipos. |  |  |  |
| Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. |  |  |  |
| Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales. |  |  |  |
| **SALIDA**  **(Antes** **de** **que** **el** **paciente** **salga** **de** **sala)** | | | |
| **El** **personal** **de** **enfermeria** **confirma** **verbalmente:**  Nombre del procedimiento realizado. |  |  |  |
| Se realizó recuento de instrumental, material textil y agujas. |  |  |  |
| El etiquetado de muestras con lectura de la etiqueta en voz alta, incluyendo  el nombre del paciente. |  |  |  |
| Hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos. |  |  |  |
| **El** **cirujano,** **anestesiólogo** **y** **el** **personal** **de** **enfermería:**  Revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. |  |  |  |



**TRAZABILIDAD** **QUIRÚRGICA**

**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

**No.** **de** **expediente**

**Fecha** **de** **ingreso:**

{fechaIngreso}

**Nombre:**

{nombre | upper}

**Fecha** **de** **nacimiento:**

{genero | upper}

{fechaNacimiento}

**Edad:**

{edad}

**Sexo:**

**Procedimiento** **quirúrgico: {procedimiento}**

**Médico** **tratante:**

{nombreMedico | upper}

**Enfermera** **circulante:**





**REGISTRO** **CLÍNICO** **DE** **ENFERMERÍA** **QUIRÚRGICA**

**No.** **de** **expediente**

**Fecha:**

**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

{nombre | upper}

{genero | upper}

**Nombre:**

**Edad:**

{edad} **Sexo:**

**F/N:**

{fechaNacimiento}

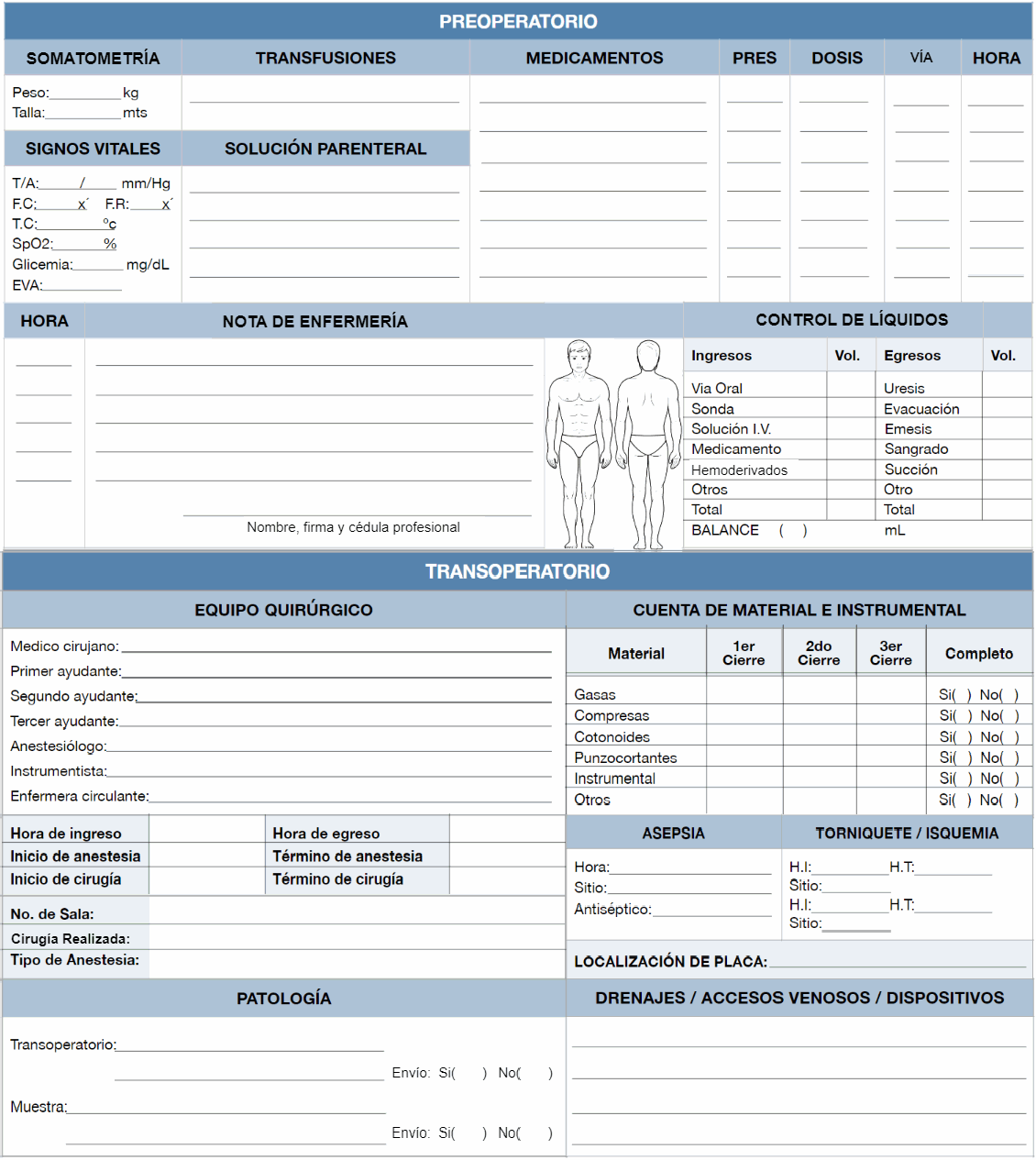
**Gpo.** **y** **Rh.:** **Alergias: {alergias}** **Diagnóstico** **preoperatorio:**

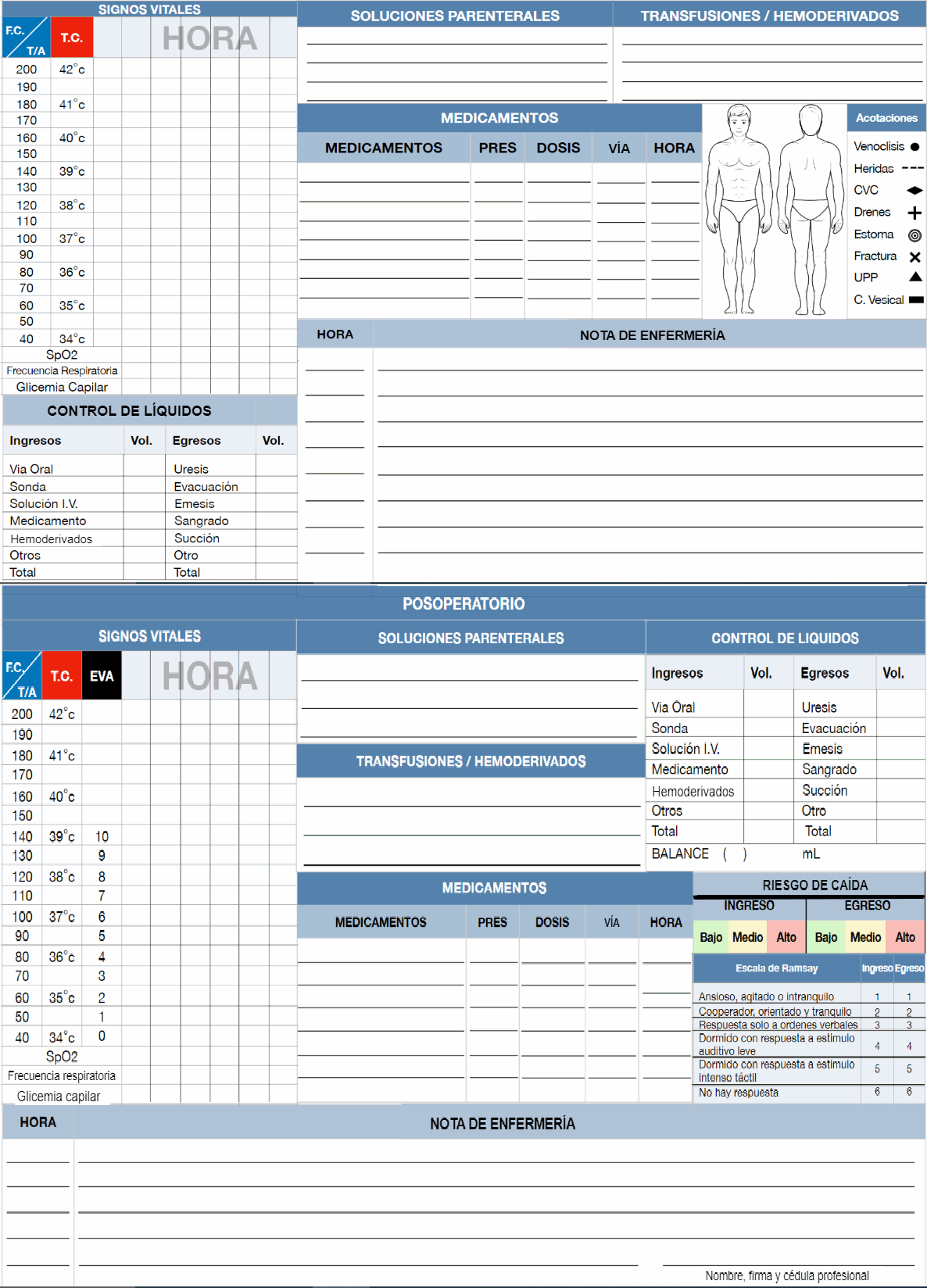
**Cirugía** **proyectada:** **Anestesia** **proyectada:**

**Médico** **tratante:**

{nombreMedico | upper} **Especialidad:**

{especialidad | upper}







**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

{nombre | upper}

**REGISTROS** **CLÍNICOS** **DE** **ENFERMERÍA**

**No.** **de** **expediente**

**Fecha:**

**Nombre:**

{genero | upper}

**Edad:**

{edad} **Fecha** **de** **nacimiento:**

{fechaNacimiento}

**Sexo:**

**Diagnóstico** **médico:**

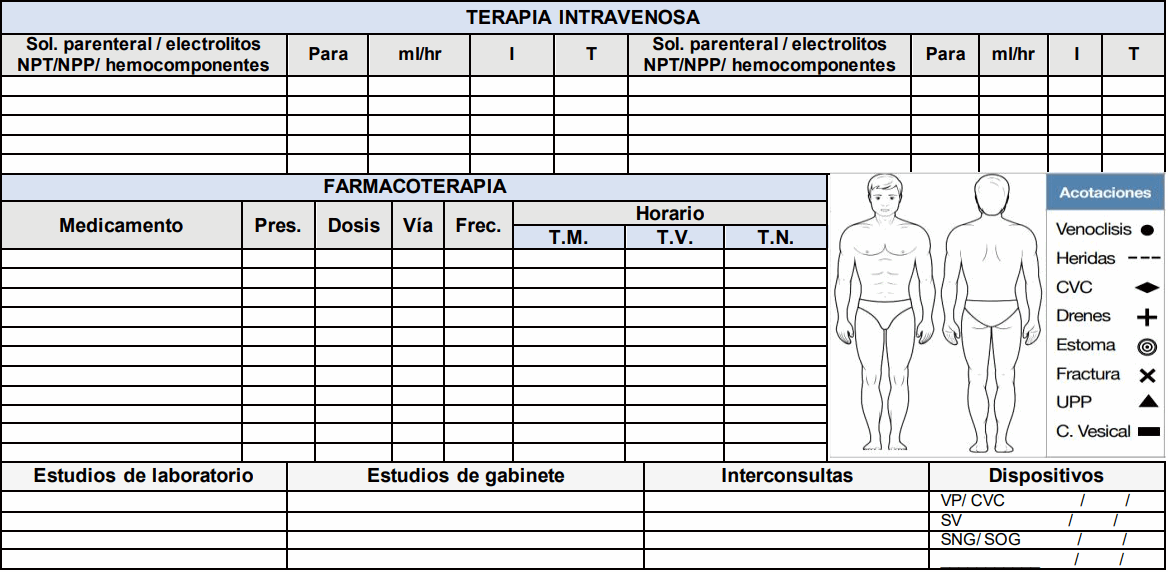
**Talla:** **M/cm** **Peso:** **Kg.** **Gpo/Rh:** **(** **)** **Alergias: {alergias}**

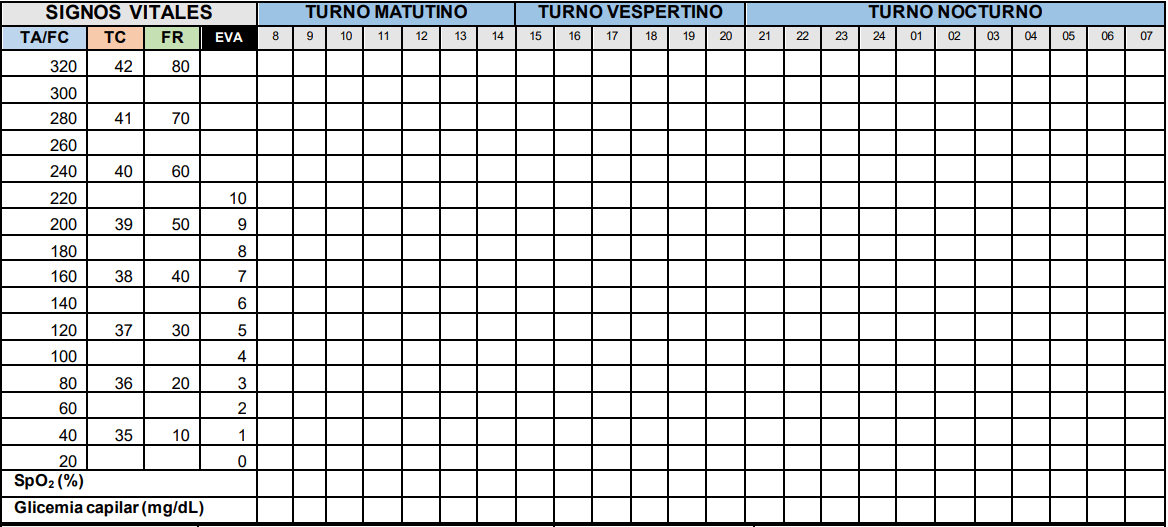
**Médico** **tratante:**

{nombreMedico | upper}

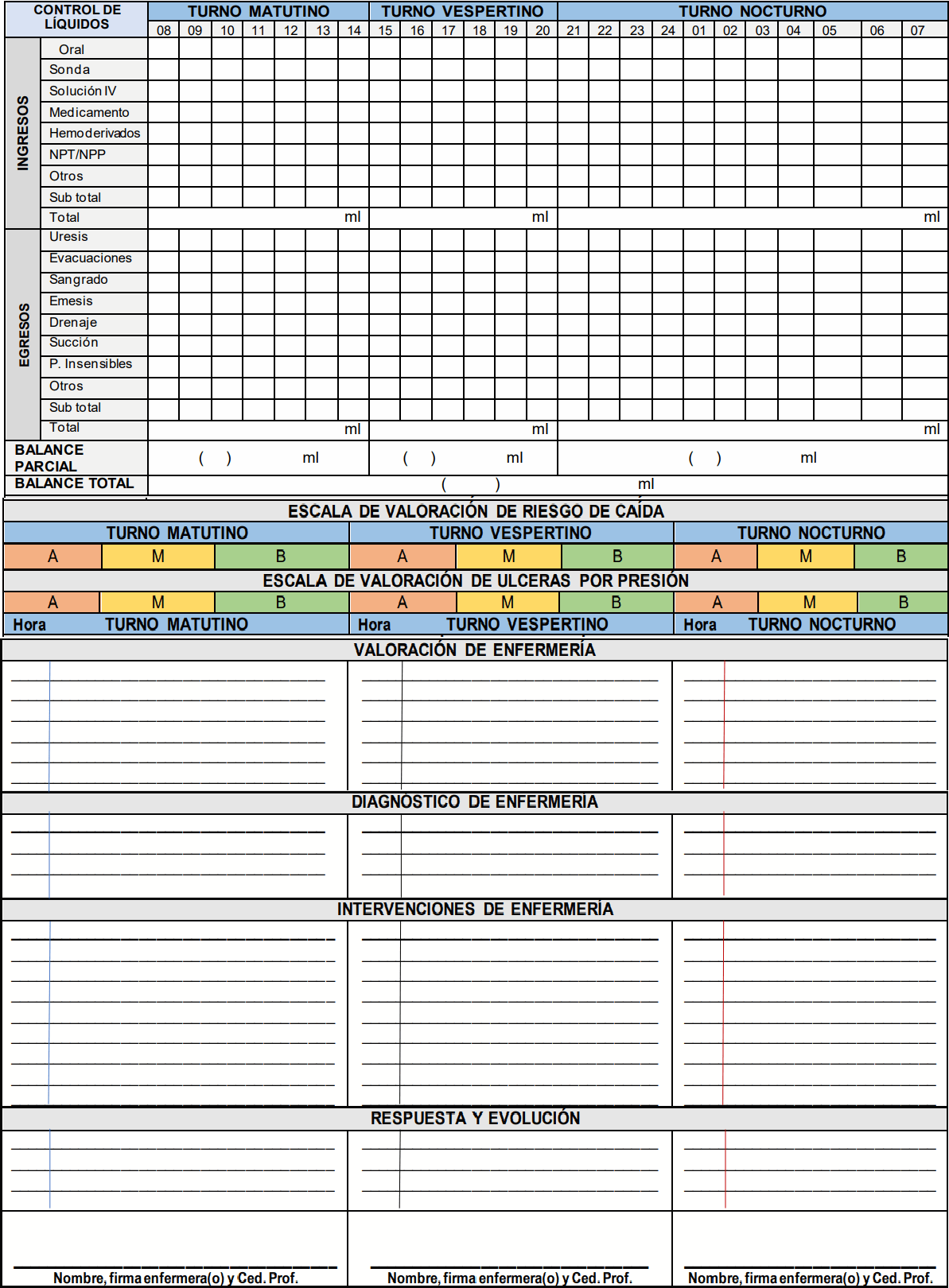
**Especialidad:**

{especialidad | upper}





|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIETA** | **TM** | **TV** | **TN** |





**CONTROL** **DE** **MÉTODOS** **INVASIVOS**

**DATOS** **GENERALES** **DEL** **PACIENTE**

{nombre | upper}

{genero | upper}

**No.** **de** **expediente**

**Fecha** **de** **ingreso:**

{fechaIngreso}

**Nombre:**

**Edad:**

{edad} **Sexo:**

**Fecha** **de** **nacimiento:**

{fechaNacimiento}

**Diagnóstico** **médico:** **Médico** **tratante:**

{nombreMedico | upper}

**Especialidad:**

{especialidad | upper}

