

VERONICA

Identificar correctamente las partes de una historia clínica:

La historia clínica consta de tres partes:

I parte:

Datos de identificación del paciente que incluyen apellidos y nombres, edad, fecha y lugar de nacimiento, estado de procedencia, nacionalidad, dirección actual completa, teléfono, nombre del acompañante, parentesco del acompañante, dirección y teléfono del acompañante.

Motivo de consulta: aquí va reflejado los síntomas que el paciente refiere como queja principal, por lo que el paciente busca ayuda médica.

Enfermedad actual: estudio cronológico y evolutivo de cada uno de los síntomas del paciente, empezando desde que el paciente dice que no se sintió bien.

II parte:

Antecedentes personales: se especifican las enfermedades sufridas por el paciente desde la infancia, como varicela, sarampión, parotiditis. Enfermedades endémicas: dengue o paludismo. Si sufre de HTA, diabetes, asma. Todas estas, si es posible, especificando fecha en la que ocurrieron, tratamiento, y si hubo o no complicaciones. Si ha recibido transfusiones sanguíneas. Alguna cirugía previa. Traumatismo.

Antecedentes familiares: especificar si los padres están vivos, edad, y si sufren de alguna enfermedad, en caso de haber fallecidos decir edad y causa de muerte. Lo mismo con los hermanos e hijos.

Hábitos psicobiológicos:

Si fuma, desde cuando inicio, que tipo (cigarrillo, tabaco), que cantidad al día, y si conserva el hábito hasta la actualidad.

Si consume bebidas alcohólicas, desde cuando inicio, que tipo (cerveza, whisky, ron), solo o acompañado, cuantas veces a la semana, y si conserva el hábito hasta la actualidad.

Consumo de café: fecha de inicio, tipo (negro, con leche), cantidad al día, si conserva el hábito hasta la actualidad.

Drogas

Alimentación: si es balanceada, si es baja o alta en grasa, sal y azúcar.

Horas de sueño, y si toma siesta. Si es un sueño reparador.

Examen funcional: donde se hace una descripción detallada de los síntomas que el paciente refiere, ordenada por sistemas.

III parte:

Examen físico: en esta parte se examina al paciente, y se describe lo encontrado, o las patologías encontradas durante el examen al paciente.

(My Point)

Jerarquizar los aspectos quirúrgicos de la Historia Clínica del Ministerio De Sanidad Y Asistencia Social

Orden de Admisión

Incluye renglones para los datos del departamento donde se trasladará el paciente (en este caso Cirugía I o II), con su respectiva fecha, datos personales como nombres y apellidos completos, sexo, estado civil, ubicación, su lugar y fecha de nacimiento y demás datos pertinentes correspondientes a la identificación del mismo. También consta de un espacio en blanco en la zona media del anverso de la hoja para un resumen de la enfermedad actual y dos líneas de identificación en la parte inferior derecha donde se coloca la firma y nombre del médico

Orden Médica

Esta hoja tanto anverso como reverso se coloca los datos más importantes de identificación de forma resumida en la esquina superior derecha para tener facilidad a la hora de realizar el estudio pertinente a un paciente. Se coloca también la fecha en la parte izquierda de la hoja y se procede a lo mismo pero con los datos a evaluar del paciente en el siguiente orden:

Departamento donde va a ser hospitalizado

Dieta

Hidratación

Antibióticos

Protección gástrica

Antieméticos

Control de signos vitales

Cualquier anormalidad que presente el paciente estando en el centro de salud

Historia Clínica Tabulada

Anverso de la Hoja.

Consta de tres partes ya descritas anteriormente con la diferencia de que éstas presentan renglones respectivos para los datos pertinentes del paciente, donde el diagnóstico final lo coloca el médico al momento del egreso del mismo. En la esquina inferior derecha se coloca la firma del médico responsable.

Reverso de la Hoja.

Consta de dos partes:

Autorización que no es más que la concesión de facultad o derecho por parte del paciente a los médicos que están a su cuidado para la realización de cualquier intervención quirúrgica que sea en bienestar o mejoría de la calidad de vida del mismo. Consta de espacios donde se coloca el nombre del paciente o de un testigo que esté al cuidado del mismo en la parte superior.

Exoneración que viene siendo el retiro del paciente contra opinión médica donde se le hace constar al mismo o a la persona responsable de los riesgos que eso implica. El paciente descarga de toda responsabilidad a los médicos que estaban bajo su cuidado y queda bajo responsabilidad del mismo.

Exámenes Complementarios

Hematología Completa

Análisis de Química Sanguínea

Solicitud de Transfusión

Radiodiagnóstico

Serología

Resumen de Egreso

Consta de los datos de entrada y salida del paciente del recinto hospitalario, su evolución y diagnóstico

Junior – Su punto esta todo en las diapositivas

CARVELIN – NO HA ENVIADO NADA

Laura – parte está en la diapositiva y parte en lo de jonny por q es el mismo formato

Jonny

PUNTO NUMERO 7 EL DE BIOPSIA primero se llenen los datos de identificación así como aparecen. nombres, apellidos, sexo, edad, raza, profesión, el número de historia, la procedencia del paciente, el departamento al cual pertenece, la sala y el número de cama y marcar en este caso BIOPSIA. luego procedemos a llenar los siguientes renglones que son EL MATERIAL REMITIDO en donde debemos colocar el tipo de material que estamos enviando, si es ovario, si es testículo, si es piel. luego tenemos EL MOTIVO DE CONSULTA, en donde colocamos porque el paciente acude a la consulta, si es por dolor u otro síntoma. en **los sitios y caracteres de la lesión** debemos colocar en donde se encuentra la lesión y como es la lesión si es dura, blanda, si tiene movimiento. EN LOS DATOS CLÍNICOS SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, debemos colocar como fue evolucionando la enfermedad hasta el momento de tomar la muestra. LOS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS en caso de ser mujer. en biopsias anteriores hay que indicar el número, la fecha y el laboratorio en donde se practicó. en los exámenes complementarios hay que especificar si se le dio tratamiento hormonal o fue por radiación. EN DIAGNÓSTICO CLÍNICO COLOCAR EL RESULTADO DE LA BIOPSIA. colocar la fecha y hora de entrada al departamento de anatomía patológica. colocar el nombre del médico y su firma.

La morenita _ aun no ha enviado nada