Historia clínica

la historia clínica es un registro integral y continuo de la información médica de un paciente a lo largo de su vida, mientras que un informe médico es un documento más específico que resume la información sobre una visita médica o un episodio de atención médica en un momento particular. Ambos tipos de documentos son importantes en la atención médica para mantener un registro completo y proporcionar información relevante en el momento adecuado.

La historia clínica es legalmente un documento cuya pertenencia es del propio paciente. El papel del hospital se limita a la custodia de la documentación e información elaborada y el del profesional sanitario a su elaboración.

En resumidas cuentas, el paciente puede en cualquier momento reclamar y leer el contenido de su historia clínica.

ver Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

Contenido

Debe contener la siguiente información:

Datos de identificación del paciente:

Nombre completo del paciente.

Fecha de nacimiento.

Género.

Dirección.

Número de teléfono de contacto.

Número de seguro médico (si corresponde).

Información de contacto de emergencia.

Motivo de consulta: La razón por la que el paciente busca atención médica, que puede incluir síntomas, quejas o problemas específicos.

Antecedentes médicos personales: Información sobre enfermedades previas, cirugías, traumatismos, alergias, y condiciones médicas crónicas.

Antecedentes médicos familiares: Información sobre enfermedades o afecciones que afecten a miembros de la familia del paciente.

Historia de medicamentos: Lista de medicamentos actuales y anteriores, dosis, frecuencia y duración

del uso.

Historia de enfermedad actual:

Descripción detallada de los síntomas actuales.

Cronología de la aparición de los síntomas.

Factores que agravan o alivian los síntomas.

Examen físico:

Hallazgos clínicos y resultados de la exploración física realizada por el médico, que puede incluir la medición de signos vitales (como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura), la palpación, la auscultación y otros exámenes pertinentes.

Resultados de pruebas diagnósticas:

Resultados de análisis de laboratorio (como análisis de sangre, orina, pruebas de función hepática, etc.).

Resultados de pruebas de diagnóstico por imágenes (como radiografías, resonancias magnéticas, ecografías, etc.).

Otros resultados de pruebas específicas, como electrocardiogramas (ECG) o pruebas de función pulmonar.

Diagnóstico: La evaluación médica del problema de salud del paciente, que puede incluir un diagnóstico provisional o definitivo.

Plan de tratamiento: Las recomendaciones y el plan de atención médica, que pueden incluir:

Tratamientos médicos.

Intervenciones quirúrgicas (si es necesario).

Recetas médicas, con detalles sobre medicamentos, dosis y duración del tratamiento.

Terapias o rehabilitación recomendadas.

Referencias a especialistas u otros proveedores de atención médica.

Seguimiento y pronóstico: Información sobre el pronóstico esperado, la necesidad de seguimiento médico y posibles complicaciones.

Notas del médico: Observaciones, comentarios y anotaciones del médico sobre la evaluación y el tratamiento del paciente.

Es importante destacar que la historia clínica es un documento confidencial y legalmente protegido que se utiliza para la atención continua del paciente, la toma de decisiones clínicas y la comunicación entre los miembros del equipo de atención médica. Además, está sujeta a regulaciones de privacidad de datos, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) en los Estados Unidos, para garantizar la confidencialidad y la seguridad de la información del pacie

Motivo de consulta médica

Anamnesis

Evolución

Informe de alta

Hoja operatoria

From:
https://neurosurgerywiki.com/wiki/ - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:
https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=historia_clinica

Last update: **2025/03/10 15:21**