

NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

NOM-004-SSA3-2012, On the clinical record



Por ser de interés para los profesionales de la salud, se presenta un extracto de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada el 15 de octubre de 2012.¹

El expediente clínico es un conjunto de información confidencial de un paciente, que requiere orden y claridad en los registros y notas que lo conforman. La NOM-004 lo define como al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

A continuación, se presentan los numerales del 4 al 10.

Citar como: NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Rev CONAMED. 2022; 27(3): 149-156. <https://dx.doi.org/10.35366/107647>

Recibido: 08/09/2022.
Aceptado: 08/09/2022.

4 DEFINICIONES

Para los efectos de esta norma, se entenderá por:

- 4.1 **Atención médica**, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- 4.2 **Cartas de consentimiento informado**, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.
- 4.3 **Establecimiento para la atención médica**, a todo aquél, fijo o móvil, público, social o privado, donde se presten servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.
- 4.4 **Expediente clínico**, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

- 4.5 **Hospitalización**, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.
- 4.6 **Interconsulta**, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.
- 4.7 **Paciente**, a todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.
- 4.8 **Pronóstico**, al juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de una enfermedad.
- 4.9 **Referencia-contrarreferencia**, al procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- 4.10 **Resumen clínico**, al documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico.
Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.
- 4.11 **Urgencia**, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.
- 4.12 **Usuario**, a toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
- 5.2 Todo expediente clínico deberá tener los siguientes datos generales:
- 5.2.1 Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;
- 5.2.2 En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;
- 5.2.3 Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y
- 5.2.4 Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.
- 5.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.
- 5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.
Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de cinco años, contados a partir de la fecha del último acto médico.
- 5.5 Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

5 GENERALIDADES

- 5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.
- Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.
Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia,

investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

- 5.5.1 Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales, son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal.
- 5.6 Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quien ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.
- 5.7 En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables. Sólo será dada a conocer a las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.
- 5.8 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.
- 5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.
- 5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.
- 5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- 5.12 De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.
- 5.13 Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.
- 5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.
- 5.15 El expediente odontológico que se integre en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, se ajustará a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.7 de esta norma.
- 5.16 Para el caso de los expedientes de atención psicológica, de nutriología o similares, que se integren en un establecimiento para la atención

médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, tanto la historia clínica como las notas de evolución, se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

- 5.17 El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes se llevará a cabo de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.1 de esta norma.
- 5.18 Además de los documentos especificados en esta norma como obligatorios, se podrá contar con: cubierta o carpeta, hoja frontal, en su caso notas de trabajo social, nutrición, ficha laboral y los que se consideren necesarios para complementar la información sobre la atención del paciente.
- 5.19 En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, invariablemente deberá existir una copia de dicho contrato en el expediente clínico.
- 5.20 Al interior de los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, se podrá evaluar la calidad del expediente clínico, a través de organismos colegiados internos o externos. Para tal efecto, podrán utilizar el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, incorporado en esta norma como Apéndice A (Informativo).
- 5.21 Las personas físicas, morales, representantes legales o la persona facultada para ello, en los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado, en su caso, podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.

6 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN CONSULTA GENERAL Y DE ESPECIALIDAD

Deberá contar con:

- 6.1 Historia Clínica.
Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo

con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:

- 6.1.1 Interrogatorio. Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;
- 6.1.2 Exploración física. Deberá tener como mínimo: *habitus* exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud;
- 6.1.3 Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;
- 6.1.4 Diagnósticos o problemas clínicos;
- 6.1.5 Pronóstico;
- 6.1.6 Indicación terapéutica.
- 6.2 Nota de evolución.
Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:
 - 6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
 - 6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario;
 - 6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y

- tratamiento que hayan sido solicitados previamente;
- 6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos;
- 6.2.5 Pronóstico;
- 6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.
- 6.3 Nota de Interconsulta.
La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con:
- 6.3.1 Criterios diagnósticos;
- 6.3.2 Plan de estudios;
- 6.3.3 Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y
- 6.3.4 Los demás que marca el numeral 7.1 de esta norma.
- 6.4 Nota de referencia/traslado.
De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de:
- 6.4.1 Establecimiento que envía;
- 6.4.2 Establecimiento receptor;
- 6.4.3 Resumen clínico, que incluirá como mínimo:
- 6.4.3.1 Motivo de envío;
- 6.4.3.2 Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
- 6.4.3.3 Terapéutica empleada, si la hubo.

7 DE LAS NOTAS MÉDICAS EN URGENCIAS

- 7.1 Inicial.
Deberá elaborarla el médico y contener lo siguiente:
- 7.1.1 Fecha y hora en que se otorga el servicio;
- 7.1.2 Signos vitales;
- 7.1.3 Motivo de la atención;
- 7.1.4 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;
- 7.1.5 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnós-

- tico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;
- 7.1.6 Diagnósticos o problemas clínicos;
- 7.1.7 Tratamiento y pronóstico.
- 7.2 Nota de evolución.
Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma;
- 7.2.1 En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.
- 7.3 De referencia/traslado.
Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.4, de esta norma.

8 DE LAS NOTAS MÉDICAS EN HOSPITALIZACIÓN

- 8.1 De ingreso.
Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:
- 8.1.1 Signos vitales;
- 8.1.2 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;
- 8.1.3 Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- 8.1.4 Tratamiento y pronóstico.
- 8.2 Historia clínica.
- 8.3 Nota de evolución.
Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma.
- 8.4 Nota de referencia/traslado.
Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.4, de esta norma.
- 8.5 Nota Preoperatoria.
Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente, incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 8.5.7 para estos últimos) y deberá contener como mínimo:

- 8.5.1 Fecha de la cirugía;
- 8.5.2 Diagnóstico;
- 8.5.3 Plan quirúrgico;
- 8.5.4 Tipo de intervención quirúrgica;
- 8.5.5 Riesgo quirúrgico;
- 8.5.6 Cuidados y plan terapéutico preoperatorios; y
- 8.5.7 Pronóstico.
- 8.6 Un integrante del equipo quirúrgico podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista Organización Mundial de la Salud en esta materia para dicho propósito.
- 8.7 Nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico.
Se elaborará de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.4 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- 8.8 Nota postoperatoria.
Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo:
 - 8.8.1 Diagnóstico preoperatorio;
 - 8.8.2 Operación planeada;
 - 8.8.3 Operación realizada;
 - 8.8.4 Diagnóstico postoperatorio;
 - 8.8.5 Descripción de la técnica quirúrgica;
 - 8.8.6 Hallazgos transoperatorios;
 - 8.8.7 Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico;
 - 8.8.8 Incidentes y accidentes;
 - 8.8.9 Cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones;
 - 8.8.10 Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios;
 - 8.8.11 Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante;
 - 8.8.12 Estado postquirúrgico inmediato;
 - 8.8.13 Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato;
 - 8.8.14 Pronóstico;
 - 8.8.15 Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico;
 - 8.8.16 Otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer médico;
 - 8.8.17 Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.
- 8.9 Nota de egreso.
Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:
 - 8.9.1 Fecha de ingreso/egreso;
 - 8.9.2 Motivo del egreso;
 - 8.9.3 Diagnósticos finales;
 - 8.9.4 Resumen de la evolución y el estado actual;
 - 8.9.5 Manejo durante la estancia hospitalaria;
 - 8.9.6 Problemas clínicos pendientes;
 - 8.9.7 Plan de manejo y tratamiento;
 - 8.9.8 Recomendaciones para vigilancia ambulatoria;
 - 8.9.9 Atención de factores de riesgo (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
 - 8.9.10 Pronóstico;
 - 8.9.11 En caso de defunción, señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción y en su caso, si se solicitó y se llevó a cabo, estudio de necropsia hospitalaria.

9 DE LOS REPORTES DEL PERSONAL PROFESIONAL Y TÉCNICO

- 9.1 Hoja de enfermería.
Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:
 - 9.1.1 *Habitus* exterior;
 - 9.1.2 Gráfica de signos vitales;
 - 9.1.3 Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita;
 - 9.1.4 Procedimientos realizados; y
 - 9.1.5 Observaciones.
- 9.2 De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:
 - 9.2.1 Fecha y hora del estudio;
 - 9.2.2 Identificación del solicitante;

- 9.2.3 Estudio solicitado;
- 9.2.4 Problema clínico en estudio;
- 9.2.5 Resultados del estudio;
- 9.2.6 Incidentes y accidentes, si los hubo;
- 9.2.7 Identificación del personal que realizó el estudio;
- 9.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa.

10 OTROS DOCUMENTOS

Además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia, pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico:

- 10.1 Cartas de consentimiento informado.
 - 10.1.1 Deberán contener como mínimo:
 - 10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;
 - 10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento;
 - 10.1.1.3 Título del documento;
 - 10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite;
 - 10.1.1.5 Acto autorizado;
 - 10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;
 - 10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y
 - 10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;
 - 10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.
 - 10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.
 - 10.1.2 Los eventos mínimos que requieren de cartas de consentimiento informado serán:
 - 10.1.2.1 Ingreso hospitalario;
 - 10.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor;
 - 10.1.2.3 Procedimientos que requieren anestesia general o regional;
 - 10.1.2.4 Salpingoclasia y vasectomía;
 - 10.1.2.5 Donación de órganos, tejidos y trasplantes;
 - 10.1.2.6 Investigación clínica en seres humanos;
 - 10.1.2.7 Necropsia hospitalaria;
 - 10.1.2.8 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo;
 - 10.1.2.9 Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.
 - 10.1.3 El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2, cuando lo estime pertinente, sin que, para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.
 - 10.1.4 En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- 10.2 Hoja de egreso voluntario.
 - 10.2.1 Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar;
 - 10.2.2 Cuando el egreso sea voluntario, aun en contra de la recomendación médica, la hoja se elaborará conforme a lo dispuesto en el artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios

- de atención médica y relevará de responsabilidad al establecimiento y al médico tratante. En el caso de egreso voluntario para continuar el tratamiento médico en otro establecimiento para la atención médica, la hoja deberá tener el nombre y firma del médico que lo autoriza.
- 10.2.3 Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo los siguientes datos:
- 10.2.3.1 Nombre y domicilio del establecimiento;
 - 10.2.3.2 Fecha y hora del egreso;
 - 10.2.3.3 Nombre completo del paciente o del representante legal, en su caso, edad, parentesco, nombre y firma de quien solicita el egreso;
 - 10.2.3.4 Resumen clínico que se emitirá conforme a lo previsto en el apartado 6.4.3 de esta norma;
 - 10.2.3.5 Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo;
 - 10.2.3.6 En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva;
 - 10.2.3.7 Nombre completo y firma del médico que emite la hoja; y
 - 10.2.3.8 Nombre completo y firma de dos testigos.
- 10.3 Hoja de notificación al Ministerio Público. En casos en los que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener:
- 10.3.1 Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador;
 - 10.3.2 Fecha de elaboración;
 - 10.3.3 Identificación del paciente;
 - 10.3.4 Acto notificado;
 - 10.3.5 Reporte de lesiones del paciente, en su caso;
 - 10.3.6 Agencia del Ministerio Público a la que se notifica; y
 - 10.3.7 Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.
- 10.4 Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica. La realizará el médico de conformidad con lo que establece la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.10, de esta norma.
- 10.5 Notas de defunción y de muerte fetal. Deberá elaborarla el médico facultado para ello.
- 10.6 Todas las notas a que se refiere el presente apartado deberán contener:
- 10.6.1 Un encabezado con fecha y hora;
 - 10.6.2 El nombre completo y firma de quien la elabora.
- El cumplimiento a los puntos anteriores por parte de los profesionales de la salud, además de garantizarle una protección legal, también ofrece una tención correcta y segura al paciente.

REFERENCIA

1. Lunes 15 de octubre de 2012. Diario Oficial de la Federación (cuarta sección). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Consultado el 22 de agosto de 2022. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787