

Marillan Catricura 2-11A

11A

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14933075

ADMISSION: 17/10/2024 07:08		INICIO DE ATENCION: 17/10/2024 07:27		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: DENISSE ALEJANDRA MARILLAN CATRICURA		RUT: 22293172 - K	TELEFONO: 46341310 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE BUTACURA VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 17 años 9 meses 19 días (28/12/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A		

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	17/10/2024 07:09		REF: MAREOS, VOMITOS, DOLOR ABDOMINAL, CEFALEA.		
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			REF: MAREOS, VOMITOS, DOLOR ABDOMINAL, CEFALEA		
Presión Sistólica:	123 [mmHg]		Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:	57 [mmHg]		<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrn(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	89 [x]		Tipo de Consulta: ADULTO		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	99 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardíaco - Fetales:			Origen de la Procedencia		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Otros Datos		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	NO	SI - NO			

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho								
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td>:</td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho	:
DÍA	MES	AÑO									
Hora aproximada del hecho											
:											

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones <input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días) <input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días) <input type="checkbox"/> Grave (30 días o más) <input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 14933075)

R104 : (En estudio) DOLOR ABDOMINAL

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Anamnesis e historia clínica

AM NO
QX NO
AL NO

USUARIA MAC

CUADRO DE 3 DIAS DE DOLOR ABDOMINAL HIPOGASTRICO ASOCIADO A NAUSEAS Y VOMITOS. SIN FIEBRE. POLAQUIURIA SIN DISURIA.

EXS ORINA PREVIO NO INFLAMATORIO 02/10

EX FISICO: VOR, BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA, LLENE CAPILAR MENOR A 2 SEG

CARDIO: RR2T NAS

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, LEVEMENTE DOLOROSO EN HIPOGASTRIO, SIN IRRITACION PERITONEAL, PUÑO PERCUSION (-)

Procedimientos e indicaciones en box

EX ORINA TIRA REACTIVA, SIN DISP DE ENVIAR A LAB POR HORARIO

METOCLOPRAMIDA + 60 MG KETOROLACO EN 100 CC SF

Procedimientos

ADMINISTRACION FLEBOCLISIS

INYECCION ENDOVENOSA

Indicaciones al alta

REPOSO RELATIVO en casa por 3 dias

REGIMEN LIVIANO A TOLERANCIA, ABUNDANTE LIQUIDO

PAPAPERINA ATROPINA 1 CM CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

IBUPROFENO 400 MG 1 CM CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

DOMPERIDONA 1 CM CADA 8 HORAS POR 2 DIAS

CONTROL CON MEDICO EN CONSULTORIO PARA REVISION DE OC Y UROCULTIVO EN 48 HORAS

CONSULTAR EN URGENCIAS SI SINTOMAS DE ALARMA, SE EDUCA A PACIENTE

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14933075)

VERÓNICA JAVIERA PULGAR BRAVO

MEDICO APS

20071819-4