

u A

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR SAN RAMON

NUMERO DE ATENCION: 15475229

ADMISSION: 03/04/2025 18:57		INICIO DE ATENCION: 03/04/2025 19:37		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: FRANCISCA AN NIA VEGA CISTERNAS		RUT: 23114406 - 4	TELEFONO: 47538783 (CELULAR)		
DIRECCION: RUTA S-51 KM 7, LUGAR CHOMIO		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A		
EDAD: 15 años 7 meses 1 días (02/09/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora:	03/04/2025 18:58		REF DIARREA, VOMITOS, CEFALEA, SENSACION FEBRIL, HACE 3 DIAS		
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	101 [mmHg]		<b>Observaciones Categorización</b>		
Presión Diastólica:	83 [mmHg]		REF DIARREA, VOMITOS, CEFALEA, SENSACION FEBRIL, HACE 3 DIAS		
Frecuencia Cardíaca:	75 [x]		<b>Funcionario Que Atiende</b>		
Frecuencia Respiratoria:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico		
Saturometría:	96 [%]		<input type="checkbox"/> Odontólogo		
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Matrón(a)		
Hemoglucotest:			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		
Dolor, EVA:			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Distresado:	NO	SI - NO	Tipo de Consulta: ADULTO		
			Atención Manifestación Social: NO		
			Tipo de Paciente: NO APLICA		
			<b>Origen de la Procedencia</b>		
			DOMICILIO		
			<b>Otros Datos</b>		
			* NINGUNO		

  

<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPILTE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>												
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>								
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1" style="width:100%"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO					<table border="1" style="width:100%"><tr><td>Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td>:</td></tr></table>	Hora aproximada del hecho	:
DIA	MES	AÑO										
Hora aproximada del hecho												
:												
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante											
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante											
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego											
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión	<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>										
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones										
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)										
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)										
<input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)										
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios										
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio												
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto												
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción												
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami												

  

<b>Diagnóstico (DAU N° 15475229)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de c'emandad</b>	
A090 : GASTROENTERITIS / JDA		C5	
<b>Anamnesis e historia clínica</b>		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>	
AOCMPAÑADA POR SU MAMÁ AM: NIEGA AQ: NIEGA RAM: NIEGA  PACIENTE CONSULTA POR CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION DE CEFALEA, DOLOR ABDOMINAL EPIGASTRICO TIPO COLICO, VOMITOS Y DIARREA SIN CARACTER PATOLOGICO, SENSACION FEBRIL NO OBJETIVADA. SIN OTROS SINTOMAS NI MOLESTIAS. HERMANO Y MAMÁ CURSANDO CON SINTOMAS SIMILARES.  EXAMEN FISICO: BUENAS CONDICIONES GENERALES, HDE, AFEBRIL VOR, HIDRATADO, BIEN PERFUNDIDO FARINGE CONGESTIVA, SIN PLACAS DE PUS CARDIO RR2T, NAS TORAX SIMETRICO, BUENA MECANICA VENTILATORIA, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, MP (+) SIMETRICO, SRA ABDOMEN RHA (+) AUMENTADOS, BLANDO, DEPRESIBLE, SENSIBLE LEVE EN RELACION A EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO PALPO MASAS NI VISCEROMEGALIA		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>		<b>Destino Inmediato del Paciente</b>	
SF 250CC + VIADIL 5MG + PAMIZOL 1GR + ONDANSETRON 4MG EV 20.10 SE REEVALUA A PACIENTE, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE ALIVIO SINTOMATICO.		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Sin Indicación Información. Hospitalización:	
<b>Indicaciones al alta</b>		<b>Categorización Cierre Atención</b>	
REPOSO ESCOLAR DESDE 02/04/25 HASTA 04/04/25 ALIMENTACIÓN FRACCIONADA A TOLERANCIA HIDRATACIÓN ABUNDANTE (EVITAR BEBIDAS GASEOSAS Y JUGOS AZUCARADOS) SRO 90, DILUIR EN 1 LT DE JUA COCIDA Y FRÍA, BEBER FRACCIONADO DOLOSPAM 1 COMPRIMIDO CADA 8 HRS X 3 DÍAS DOMPERIDONA 10 MG, 1 COMPRIMIDO CADA 12 HRS X 3 DÍAS CONSULTAR EN URGENCIAS SOS, SE EXPLICAN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA		C5	
<b>Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 15475229)</b>			
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario
03/04/2025 19:50	03/04/2025 20:10	OBSERVACION	TRATAMIENTO