

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15504610

10 A

ADMISION: 13/04/2025 12:12	INICIO DE ATENCION: 13/04/2025 12:29	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: DANIELA POLETH CANTERO GARCES	RUT: 22948044 - 8	TELÉFONO: 67056282 (CELULAR)
DIRECCION: FAJA MAISAN KM 30 COMUNA: PITRUFQUEN	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 16 años 1 meses 28 dias (16/02/2009)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B

SÍGNOS VITIALES		
Hora :	13/04/2025 12:12	
Temperatura Axilar:	37 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	116 [mmHg]	
Presión Diastólica:	69 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	85 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVD1):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
DOLOR ABDOMINAL DE ANOCHE	
Observaciones Categorización	
DOLOR ABDOMINAL DE ANOCHE	
Funcionario Que Atiende	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
Origen de la Procedencia	
DOMICILIO	
Otros Datos	
* NINGUNO	

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <tr> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td>:</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho	:
DIA	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 Nº 15504610)

K80.5 : (En estudio) COLICO BILIAR

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

 Alta domicilio
 Sin control.
 Destino:
 Fecha de Indicación _____ Sin Información.
 Hospitalización: _____

Categorización Cierre Atención

C4

Anamnesis e historia clínica

 AM NO
 ALERGIAS NO
 59 KILOS

CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL DESDE 12:00 PM DE AYER, EPIGASTRICO, DEPOSICIÓN NORMAL, NAUSEAS - VOMITOS

 AYER COME QUESO DERRETIDO, SIN FIEBRE.
 SIN SINTOMAS RESP
 EPISODIO PREVIO SIMILAR

 EF
 HD ESTABLE AFEBRIL MUCOSAS ROSADAS ANICTERICA
 MP+SRA RR2T S/S
 ABD RHA+ BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO EN EPIGASTRIO, SIN MASAS BLUMBERG NO.

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

 REPOSO EN CASA *3-4 días*
 REGIMEN LIVIANO SIN GRASAS.
 CONTROL DE Tº CADA 8 HORAS.
 - OMEPRAZOL 1 COMP EN LA MAÑANA
 - DOLOSPAM 1 COMP CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR ABDOMINAL COLICO.
 CONSULTA SOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15504610)

 CATHERINE PAMELA SAGREDO TORRES
 MEDICO APS
 1848534-5

 LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.
 La Hipótesis diagnóstica o diagnóstico es provisoria, pues puede sufrir alteraciones debido a la evolución de la condición del consultante, si las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.

Universitaria

SAGREDO Torres
1848534-5