



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR QUEPE

NUMERO DE ATENCION: 12313034

ADMISION: 29/07/2022 18:22	INICIO DE ATENCION: 29/07/2022 19:18	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																												
NOMBRE: JULIANNA ELLEN JOIS SILVA SALINAS RUT: 23051390 - 2		TELEFONO: 65487293 (CELULAR)																												
DIRECCION: CONDOMINIO EL PORTAL																														
EDAD: 13 años 1 meses 10 dias (19/06/2009) SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B																												
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora:</td><td>29/07/2022 18:22</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.2 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>116 [X]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVD1):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor EVA:</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>			Hora:	29/07/2022 18:22	Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	116 [X]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometria:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVD1):	ALERTA	Dolor EVA:	A - V - D - I	Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora:	29/07/2022 18:22																													
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																													
Temperatura Rectal:																														
Presión Sistólica:																														
Presión Diastólica:																														
Frecuencia Cardiaca:	116 [X]																													
Frecuencia Respiratoria:																														
Saturometria:	98 [%]																													
Latidos Cardio - Fetales:																														
Hemoglucotest:																														
Estado de Conciencia (AVD1):	ALERTA																													
Dolor EVA:	A - V - D - I																													
Distresado:	SI - NO																													
	SI - NO																													
Motivo de Consulta RESP. DOLOR CABEZA, VOMITOS Y ESPALDA																														
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td>Tipo de Consulta : INFANTIL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td>Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td>Tipo de Paciente: NO APlica</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td></td></tr> </table>			<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL	<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																	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																													
<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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>			<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	
<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 12313034)

B349 : VIROSIOS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

 Alta domicilio
 Sin control

Categorización Cierre Atención

C5

- Anamnesis e historia clínica

 AP NIEGA
 QX NIEGA
 ALERGIA NIEGA

PACIENTE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS ACOMPAÑADA POR SU MADRE YENI SALINAS POR CUADRO CLÍNICO DE 2 DÍA DE EVOLUCIÓN DE DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRO ASOCIADO A 3 EPISODIOS DE EMESIS DE CONTENIDO ALIMENTARIO, NIEGA OTROS.

PACIENTE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS, ALERTA, ORIENTADA, TRANQUIILA, FARINGE LEVE ERITEMA, SIN SECRECIÓN NI PUS, RCR2T SS, MP CONSERVADO SIN AGREGADOS, ABDOMEN DISTENDIDO NO DOLOROSO SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN EDEMA, BIEN PERFUNDIDA. PULSOS CONSERVADOS

Procedimientos e indicaciones en box

SALA RESPIRATORIO

KETOROLACO 30 MG IM DU

Procedimientos

INYECCION INTRAMUSCULAR

Indicaciones al alta

 REPOSO RELATIVO EN CASA POR 3 DÍAS
 IBUPROFENO 400 MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS
 PARACETAMOL 500 MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS
 METOCLOPRAMIDA 10 MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS
 SALES DE REHIDRATACION ORAL 2 LITROS AL DÍA
 SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR A URGENCIAS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12313034)

 Dr. Patricio Calderón Monsalves
 Médico Cirujano
 RUT: 16.635.025-5

 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.