

4A

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR QUEPE

NUMERO DE ATENCION: 12313027

ADMISSION: 29/07/2022 18:20		INICIO DE ATENCION: 29/07/2022 19:04		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: IGNACIA ANTONIA SALINAS SALINAS		RUT: 22414506 - 3	TELEFONO: 65487293 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE VERONA N° 2115,		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		FONASA - A	
EDAD: 15 años 7 meses 21 días (08/12/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION:		

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	29/07/2022 18:27		RESP. DOLOR MUSCULAR, ESPALDA, CABEZA Y VOMITOS		
Temperatura Axilar:	37.2 [°C]		Funcionario Que Atiende		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta: ADULTO	
Presión Diastólica:			<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA	
Frecuencia Cardíaca:	132 [x]		<input type="checkbox"/> Matron(a)		
Frecuencia Respiratoria:			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Origen de la Procedencia DOMICILIO	
Saturometría:	99 [%]		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	Otros Datos * NINGUNO	
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			

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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <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" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Hora aproximada del hecho					
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° 12313027)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
B349 : VIROSIS		C5	

Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
AP NIEGA QX NIEGA ALERGIA NIEGA PACIENTE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS ACOMPAÑADA POR SU MADRE YENI SALINAS POR CUADRO CLÍNICO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN DE DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO ASOCIADO A 3 EPISODIOS DE EMESIS DE CONTENIDO ALIMENTARIO, NIEGA OTROS. PACIENTE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS, ALERTA, ORIENTADA, TRANQUILA, 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		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Destino Inmediato del Paciente		Categorización Cierre Atención	
Alta domicilio Sin control		C5	

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 N° 12313027)	
PATRICIO CALDERON MONSALVES MEDICO APS 16635025-5 <div style="text-align: center;"> Dr. Patricio Calderón Monsalves Médico Cirujano RUT: 16.635.025-5 </div>	

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 provisional, 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.