



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15650831

6B

ADMISION: 28/05/2025 11:23		INICIO DE ATENCION: 28/05/2025 13:13		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: TRINIDAD LOURDES MEJÍAS HENRÍQUEZ		RUT : 24418356 - 5		TELEFONO: 44206861 (CELULAR)	
DIRECCION: MAQUEHU 1692 PLC		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 11 años 7 meses 14 días (14/10/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora :		28/05/2025 11:50			
Temperatura Axilar:		36.4 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:		106 [x]			
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:		100 [%]			
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I	
Dolor, EVA:					
Distresado:		NO		SI - NO	
<b>Motivo de Consulta</b>					
EMESIS, FIEBRE EN DOMICILIO.					
<b>Observaciones Categorización</b>					
EMESIS, FIEBRE EN DOMICILIO. PESO:49KG					
<b>Funcionario Que Atiende</b>					
<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					
Tipo de Consulta : INFANTIL					
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, COMPLETE 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><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									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table><tr><th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
:											
<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									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<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											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>											
<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											

<b>Diagnóstico (DAU N° 15650831)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>	
B349 : VIROSIS		C5	
<b>Anamnesis e historia clínica</b>		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>	
PX REFIERE INICIO DE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR VÓMITOS MIALGIA , DOLOR TIPO CÓLICO EN MESOGASTRIO , NIEGA OTROS SÍNTOMAS AP: NIEGA DE IMPORTANCIA QX: NIEGA NIEGA ALERGIAS  EF: APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO. BIEN PERFUNDIDO , LLENADO CAPILAR DE 2 SEG , PULSOS NO DISMINUIDO A RADIAL SIMÉTRICOS ORL: FARINGE Y AMÍGDALAS HIPERÉMICAS SIN PLACAS DE PUS CP: RSCRS S/S MV AUDIBLE SIN AGG ABD: GLOBOSO, RSHSPS, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN DE MESOGASTRIO NO IRRADIADO . MURPHY -, BLUMBERG -. PUÑOPECUSIÓN(-)PUNTOS URETERALES (-)		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>		<b>Destino Inmediato del Paciente</b>	
EVALUACION Y TTO MEDICO		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.	
<b>Indicaciones al alta</b>		<b>Categorización Cierre Atención</b>	
IBUPROFENO1 TAB CDA 8 POR 3 DIAS SRO 90 TOMAR 200 CC CADA VOMITO O DIRREAS DOMPERIDONA DAR 10 GOTAS CADA 8 POR 3DIAS SOS VÓMITOS DIETA LIVINA MANTENER HIDRATADA URGENCIAS SOS SIGNOS DE ALARMAS REPOSO MEDICO POR 3 DIAS		C5	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15650831)</b>			
MIGUELANGEL MEDINA MARTINEZ MEDICO APS 26142564-5			

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.