



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14907022

ADMISION: 09/10/2024 23:44		INICIO DE ATENCION: 10/10/2024 01:26		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: ANGELHA MONSERRAT CASTILLO MUÑOZ		RUT: 23411651 - 7	TELÉFONO:		Sin Información						
DIRECCION: ULTIMA ISLA 929.		PUEBLO ORIGINARIO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
COMUNA: LAUTARO		DECLARADO:	PREVISION:		FONASA - A						
EDAD: 14 años 1 meses 14 días (25/08/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
SIGNOS VITALES											
Hora: 09/10/2024 23:53											
Temperatura Axilar: 36.4 [°C]											
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca: 60 [x]											
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría: 99 [%]											
Latidos Cardíaco - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA		A - V - D - I									
Dolor EVA:											
Distresado: NO		SI - NO									
Motivo de Consulta MAMA REF DOLOR ABDOMINAL											
Observaciones Categorización MAMA REF DOLOR ABDOMINAL											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matron(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											
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"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></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"/> Frio									
<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											
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° 14907022) A084 : ENTEROVIRUSIS											
Anamnesis e historia clínica AM: (-) RAM: (-) FCOS: (-) PACIENTE ACOMPAÑADA POR SU MADRE, CONSULTA POR CUADRO DE 3 DÍAS DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL, VOMITOS ALIMENTARIOS, DEPOSICIONES DIARREICAS, SIN FIEBRE, SIN OTRAS MOLESTIAS. DIRIGIDAMENTE REFIERE QUE 2 HERMANAS CON SINTOMAS SIMILARES. EXAMEN FÍSICO: MUCOSAS HIDRATADAS, BIEN PERFUNDIDAS SIN ADENOPATIAS CERVICALES ABD: RHA (-) BDI S/ SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL											
Procedimientos e Indicaciones en box											
Indicaciones al alta REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DÍAS (FECHA INICIO 08-10-2024) RÉGIMEN LIVIANO Estricto (TODO COCIDO) HIDRATACION ABUNDANTE SALES DE REHIDRATACION ORAL, 1 SOBRE EN 200 CC AGUA, BEBER FRACCIONADO POSTERIOR A CUADRO DE DIARREA/ VOMITO PARACETAMOL 500 MG 1/2 COMP C/ 8 HRS X 3 DÍAS IBUPROFENO 400 MG 1 COMP C/ 12 HRS X 3 DÍAS OMEPRAZOL 20 MG 1 COMP AL DÍA X 3 DÍAS PERENTERYL/VIVERA/BIOFLORA C/ 12 HRS X 5 DÍAS (COMPRAR) SE EXPLICAN SIGNOS DE ALRMA CONSULTA SUA SOS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14907022) CHRISTIAN ALEJANDRO SJOBERG MARQUEZ MEDICO APS 17798450-7											

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.