

O. A.

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14907022

ADMISSION: 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	TELEFONO:	Sin información																												
DIRECCION: ULTIMA ISLA 929.		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																														
COMUNA: LAUTARO		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A																												
EDAD: 14 años 1 meses 14 dias (25/08/2010)																																	
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>09/10/2024 23:53</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.4 [°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 Cardíaca:</td><td>60 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Satometría:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardíaco - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglobiotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDT):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	09/10/2024 23:53	Temperatura Axilar:	36.4 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	60 [x]	Frecuencia Respiratoria:		Satometría:	99 [%]	Latidos Cardíaco - Fetales:		Hemoglobiotest:		Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	Dolor EVA:		Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	09/10/2024 23:53																																
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardíaca:	60 [x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Satometría:	99 [%]																																
Latidos Cardíaco - Fetales:																																	
Hemoglobiotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA																																
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"/> Matrón(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 <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</td> <td></td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>						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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				:												
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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	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 14907022) A084 : ENTEROVIRÓSIS																																	
Resultado aplicación protocolo selector de demanda CS																																	
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																	
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:																																	
Categorización Cierre Atención CS																																	
Procedimientos e indicaciones en box																																	
Indicaciones al alta REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS (FECHA INICIO 08-10-2024) RÉGIMEN LIVIANO ESTRÍCTO (TODO COCIDO) HIDRATACIÓN ABUNDANTE SALES DE REHIDRATACIÓN 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 DIAS IBUPROFENO 400 MG 1 COMP C/ 12 HRS X 3 DIAS OMEPRAZOL 20 MG 1 COMP AL DIA X 3 DIAS PERENTERYL/VIVERA/BIOFLORA C/ 12 HRS X 5 DIAS (COMPRAR) SE EXPLICAN SIGNOS DE ALarma CONSULTA SUA SOS																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14907022) CHRISTIAN ALEJANDRO SJÖBERG 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.