

30 B.



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU VILLA ALEGRE

NUMERO DE ATENCION: 12495928

ADMISION: 25/09/2022 20:13	INICIO DE ATENCION: 25/09/2022 20:21	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: MATILDA FLORENCIA CARRASCO CUEVAS	RUT: 24400454 - 7	TELEFONO: 66467863 (CELULAR)
DIRECCION: CRUZ 0437		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 8 años 11 meses 21 días (04/10/2013)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - C

SIGNOS VITALES

Hora :	25/09/2022 20:13	
Temperatura Axilar:	37 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	133 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

DOLOR ABDOMINAL

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matró(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ 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

- ☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ Agresión sexual
☐ Otro

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

Hora aproximada del hecho

:

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- ☐ Paciente sin lesiones
☐ Leve (0 - 14 días)
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
☐ Grave (30 días o más)
☐ Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 12495928)

A090 : GASTROENTERITIS AGUDA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Anamnesis e historia clínica

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control

Procedimientos e indicaciones en box

REPOSO X 3 DIAS EN CASA
 REGIMEN LIVIANO A TOLERANCIA
 VIADIL 18 GOTAS CADA 8 HRS X 3 DIAS
 DOMPERIDONA 20 GOTAS CADA 8 HRS 15 MIN ANTES DE LAS COMIDAS X 3 DIAS
 SALES DE REHIDRATACION ORAL POSTERIOR A EPISODIO DE VOMITOS O DIARREA 200 CC
 RECONSULTAR SOS

Categorización Cierre Atención

C5

Indicaciones al alta

PACIENTE SIN AM ALERGICA A AMOXICILINA HACE 1 DIA CON DOLOR ABDOMINAL , NAUSEAS Y VOMITOS AL EXAMEN HIDRATADO Y BIEN PERFUNDIDO , LLENE CAPILAR MENOR A 2 SEG, ABDOMEN BD, SENSIBLE EN HEMIABDOMEN SUPERIOR, RHA++, MASAS-, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12495928)

BASTIAN VERGARA NUÑEZ
 MEDICO APS
 17256856-4

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.