



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU VILLA ALEGRE

NUMERO DE ATENCION: 12495928

30 B.

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 dias (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 Cardiaca:	133 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometria:	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
 Matrón(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
 Puntante
 Corto-puntante
 Arma de Fuego
 Explosión
 Calor
 Frio
 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

Resultado aplicación
protocolo
selector de demanda

C5

Condición del paciente al
cierre de atención

- Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del
PacienteAlta domicilio
Sin controlCategorización Cierre
Atención

C5

Diagnóstico (DAU Nº 12495928)

A090 : GASTROENTERITIS AGUDA

Anamnesis e historia clínica

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

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 Nº 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.