

4^a A

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15508950

ADMISSION: 14/04/2025 17:48		INICIO DE ATENCION: 14/04/2025 18:49		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MILLARAY ISABELLA OLAYO DE LA BARRA		RUT :	25252582 - 3	TELEFONO:	86928824 (CELULAR)
DIRECCION: JANEQUEO 1721 S/N		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 9 años 3 meses 1 días (13/01/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	14/04/2025 17:49		DESDE EL JUEVES DIARREA DOLOR ABDOMINAL		
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			DESDE EL JUEVES DIARREA DOLOR ABDOMINAL		
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:			<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		
Frecuencia Cardíaca:	80 [x]		Tipo de Consulta : INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	99 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			Origen de la Procedencia		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I	Otros Datos		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	SI - NO	SI - NO			

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		
DIA	MES	AÑO									

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° 15508950)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda
R104 : DOLOR ABDOMINAL		CS
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención
PACIENTE ACUDE CON MADRE A URGENCIA POR PRESENTAR DOLOR ADM DE VARIOS DIAS DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE NAUSEAS SIN EMESTS AM NO REF RAM NO REF EX FISICO PACIENTE B.C.G HIDRATADA TRANQUILA ADM BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO EN EPIGASTRIO DE MODERADA INTENSIDAD CON IRRADIACIÓN A MESOGASTRIO RHA + SIN SIP BLUMBERG -		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente
EX FISICO CSV		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención
VIADIL 20G CADA 8H POR 3 DIAS -----> COMPRAR DOMPERIDONA 15G CADA 8H POR 3 DIAS -----> COMPRAR PROFLOXA 1 CADA 12H POR 3 DIAS -----> COMPRAR SAALES REH 3 SOBRES BUENA HIDRATACION EVITAR GRASAS CITRICOS AJI DULCES DIETA BLANDA EN 24H SOS URGENCIA - REPOSO 3 DIAS -		CS
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15508950)		
VICTOR ALFONZO ESPIN RIVERO MEDICO APS 26342403-4 <div style="text-align: center;"> Dr. Espin R. Victor A. RUT: 26.342.403-4 Médico Cirujano SS: 790529 </div>		

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.