

103



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO:

COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION:

14413057

ADMISION: 09/05/2024 08:04		INICIO DE ATENCION: 09/05/2024 08:23		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: VIOLETA ESTER CANIO ANINAO		RUT: 22389342 - 2		TELEFONO: 53545250 (CELULAR)	
DIRECCION: SANTA PAULA		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: FREIRE		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 17 años 1 meses 4 días (05/04/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES		
Hora:	09/05/2024 08:09	09/05/2024 09:29
Temperatura Axilar:	36 [°C]	36.2 [°C]
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	97 [mmHg]	119 [mmHg]
Presión Diastólica:	60 [mmHg]	76 [mmHg]
Frecuencia Cardíaca:	93 [x]	59 [x]
Frecuencia Respiratoria:	17 [x]	18 [x]
Saturometría:	99 [%]	100 [%]
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		100 [mg/dl]
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA
Dolor, EVA:	6 [x]	2 [x]
Distresado:	NO	NO

Motivo de Consulta	
FLUJO NO RESPIRATORIO (MAKEWE)	
Observaciones Categorización	
OBS APENDICITIS INICIAL, RECONSULTA X DOLOR ABDOMINAL, CITADA PARA ECO ABDOMINAL Y EDA PENDIENTE DEFINIR CONDUCTA MEDICA.	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta: ADULTO
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Matrn(a)	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Origen de la Procedencia
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	DOMICILIO
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	Otros Datos
	* NINGUNO

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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>		
DÍA	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° 14413057) R104 : DOLOR ABDOMINAL	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C3
Anamnesis e historia clínica AM: NIEGA RAM: NIEGA CX: AMIGDALECTOMIA FCOS: NIEGA PACIENTE CONSULTA POR DOLOR EIGASTRICO DE LARGA DATA INTERMITENTE, EL DIA DE AYER SUBFEBRIL CON MAYOR MALESTAR POR LO QUE CONSULTA Y SE CITA PARA CONTROL EL DIA DE HOY, OBS APENDICITIS AGUDA. EX DE LAB DE AYER EN RANGO DE NORMALIDAD EXAMEN FISICO: BEG, HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE SENSIBLE EN EPIGASTRIO, RHA (+) SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL	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:
Procedimientos e indicaciones en box EXAMENES DE LABORATORIO ESPERAR EN BERGER Procedimientos TOMA DE MUESTRA DE SANGRE VENOSA EN ADULTOS TOMA DE EXAMENES ORINA ADMINISTRACION FLEBOCLISIS	Categorización Cierre Atención C3
Indicaciones al alta OMEPRAZOL 20 MG AL DIA POR 5 DIAS VIA ORAL ANTIESPASMODICO 1 COMPRIMIDO CADA 8 HRS POR 3 DIAS CONTINUAR ESTUDIO DE DOLOR ABDOMINAL INTERMITENTE DE LARGA DATA EN CONSULTORIO, ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA AMBULATORIA CON TEST DE UREASA CONSULTAR EN URGENCIAS SOS	Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14413057) MARCELA PAZ RIQUELME MOYA MEDICO APS 18149091-8

LLAME A SALUD RESPONDE 600 369 777 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.