



ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14413057

TUD

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 COMUNA: FREIRE EDAD: 17 años 1 meses 4 dias (05/04/2007)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A																																							
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>09/05/2024 08:09</td><td>09/05/2024 09:29</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36 [°C]</td><td>36.2 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>97 [mmHg]</td><td>119 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>60 [mmHg]</td><td>76 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>93 ['x]</td><td>59 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td>17 ['x]</td><td>18 ['x]</td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>99 [%]</td><td>100 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardi - Fetales:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td><td>100 [mg/dl]</td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVD):</td><td>ALERTA</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>6 ['x]</td><td>2 ['x]</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>NO</td></tr> </table>						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 Cardiaca:	93 ['x]	59 ['x]	Frecuencia Respiratoria:	17 ['x]	18 ['x]	Saturometria:	99 [%]	100 [%]	Latidos Cardi - Fetales:			Hemoglucotest:		100 [mg/dl]	Estado de Conciencia (AVD):	ALERTA	ALERTA	Dolor, EVA:	6 ['x]	2 ['x]	Distresado:	NO	NO
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 Cardiaca:	93 ['x]	59 ['x]																																										
Frecuencia Respiratoria:	17 ['x]	18 ['x]																																										
Saturometria:	99 [%]	100 [%]																																										
Latidos Cardi - Fetales:																																												
Hemoglucotest:		100 [mg/dl]																																										
Estado de Conciencia (AVD):	ALERTA	ALERTA																																										
Dolor, EVA:	6 ['x]	2 ['x]																																										
Distresado:	NO	NO																																										
<b>Motivo de Consulta</b> FLUJO NO RESPIRATORIO (MAKEWE)																																												
<b>Observaciones Categorización</b> OBS APENDICITIS INICIAL, RECONSULTA X DOLOR ABDOMINAL, CITADA PARA ECO ABDOMINAL Y EDA PENDIENTE DEFINIR CONDUCTA MEDICA.																																												
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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																																												
<b>Tipo de Consulta</b> : ADULTO Atendón Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																												
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																												
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																												
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </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"/> Punzante  <input type="checkbox"/> Corlo-punzante  <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  <input type="checkbox"/> Explosión  <input type="checkbox"/> Calor  <input type="checkbox"/> Frío  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> </td> <td colspan="3"> <b>Hora aproximada del hecho</b>  : : : </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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corlo-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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	DIA	MES	ANO				<b>Hora aproximada del hecho</b> : : :																										
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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corlo-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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	DIA	MES	ANO				<b>Hora aproximada del hecho</b> : : :																																			
DIA	MES	ANO																																										
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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																																												
<b>Diagnóstico (DAU Nº 14413057)</b> <b>R104 : DOLOR ABDOMINAL</b>																																												
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C3																																												
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																												
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:																																												
<b>Categorización Cierre Atención</b> C3																																												
<b>Procedimientos e Indicaciones en box</b> EXAMENES DE LABORATORIO ESPERAR EN BERGER																																												
<b>Procedimientos</b> TOMA DE MUESTRA DE SANGRE VENOSA EN ADULTOS TOMA DE EXAMENES ORINA ADMINISTRACION FLEBOCLISIS																																												
<b>Indicaciones al alta</b> 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																																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14413057)</b> <p style="text-align: right;">reposo en dormir 3 días</p> <p style="text-align: right;">Dra. Marcela Riquelme M.</p> <p style="text-align: right;">Médico Cirujano</p> <p style="text-align: right;">18149.091-8</p> <p style="text-align: right;">Dra. Marcela Riquelme M.</p> <p style="text-align: right;">Médico Cirujano</p> <p style="text-align: right;">18149.091-8</p>																																												

LLAME A SALUD RESPONDEN 600 369 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.