



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12400965

2a. -

ADMISION: 26/08/2022 11:35	INICIO DE ATENCION: 26/08/2022 12:02	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: SOFIA IGNACIA ESPINOZA MORAGA	RUT: 24677730 - 6	TELEFONO: 62615502 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE LAS CLAVELINAS 0184		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 8 años 1 meses 17 dias (09/07/2014)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D
SIGNS VITALES		
Hora : 26/08/2022 11:36		
Temperatura Axilar: 36 [°C]		
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Fréuencia Cardiaca: 133 [x]		
Fréuencia Respiratoria:		
Saturación:	99 [%]	
Uroscopia:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I	
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO
Motivo de Consulta MADRE REFIERE VOMITOS, DIARREAS Y MOLESTIAS ABDOMINALES (DESDE LA MAÑANA)		
Funcionario Que Atiende		
<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		
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	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"/> 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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Hora aproximada del hecho : :	DIA	MES	AÑO			
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 Nº 12400965)

A090 : GASTROENTERITIS AGUDA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control

Categorización Cierre Atención

C5

- Anamnesis e historia clínica

AM: MADRE NIEGA

ALERGIA: NO CONOCIDAS

QX: -

TRAIDA POR MADRE, REFIERE DESDE EL DIA DE HOY A LAS 06.00HRS, (6 HORAS DE EVOLUCION) DOLOR ABDOMINAL, ACOMPAÑADO DE VOMITOS EN NUMERO DE 10 APROX, CON DIARREA EN NUMERO DE 2 SIN SANGRE

EX, FISICO

PESO: 26KG

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL AL TACTO, EUPNEICO, LEVEMENTE DESHIDRATADO, SIN ESTRIDOR, SIN TIRAJE

CV: RR2T SIN SOPLOS

RESP: RUIDOS AUDIBLES SIN AGREGADOS

ABD: BLANDO, LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACIÓN EPIGASTRICA, AMBOS FLANCOS Y FOSA ILIACA IZQUIERDA, BLUMBERG (-)

NEURO: CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA

- Procedimientos e indicaciones en box

ONDANSETRON 4MG EV + 500CC SOL NACL 0.9% EV

SE EGRESA PACIENTE QUIEN REFIERE MEJORIA CLINICA

- Indicaciones al alta

ABUNDANTE LIQUIDO FRACCIONADO

REPOSO RELATIVO

ALIMENTACION A TOLERANCIA FRACCIONADA

SALES DE REHIDRATACION ORAL, 1 VASO CON CADA VOMITO Y/O EVACUACION

DOMPERIDONA GOTAS, 12 GOTAS CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

ACUDIR A CONSULTORIO CORRESPONDIENTE EN CASO DE PERSISTIR SINTOMATOLOGIA A PESAR DE TRATAMIENTO MEDICO INDICADO

ACUDIR A URGENCIA EN CASO DE PRESENTAR:

- DOLOR DE FUERTE INTENSIDAD

- FIEBRE

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12400965)

JOSE DANIEL LUGO GUIÑAN
MEDICO APS
26713751-KDr. José D. Lugo Guiñan
Ruc 26.713.751-K
Médico Cirujano