



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 16123155

30B

ADMISION: 15/10/2025 20:11	INICIO DE ATENCION: 15/10/2025 21:40	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: SOFIA ALICE CAYUPI RUIZ	RUT : 25564224 - 3	TELEFONO: 74283515 (CELULAR)		
DIRECCION: ISLA GUAFO 03221 - PARQUE COSTANERA COMUNA: TEMUCO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 8 años 11 meses 5 dias (10/11/2016)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - C		

SIGNOS VITALES

Hora :	15/10/2025 20:26	
Temperatura Axilar:	37.6 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:	122 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:	4 ['x]	
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

REF. MADRE, DESDE LA MAÑANA CON DOLOR ABDOMINAL Y VOMITOS

Observaciones Categorización

HOY AM COMIENZA CON DOLOR ABDOMINAL, DIARREA, VOMITOS EN VARIAS OPORTUNIDADES, MALA TOLERANCIA A LA ALIMENTACION

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	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 checked="" type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> VVS <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"> <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 16123155)

A084 : (En estudio) ENTEROVIROSIOS
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
Destino:
Fecha de Indicación Sin
Hospitalización: Información.

Categorización Cierre Atención

C4

Anamnesis e historia clínica

AM: NO
RAM: NO
AQX: NO
PESO: 32 KG

MAMA REFIERE QUE HOY PRESENTA DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS, VOMITOS, DIARREA

EX FISICO:
 PIEL Y MUCOSAS HIDRATADAS, BIEN PERFUNDIDA. LLENE CAPILAR <2 SEG
 MUCOSA ORAL SANA, FARINGE ROSADA, AMIGDALAS SIN EXUDADO.
 TORAX SIMETRICO SIN RETRACCION.
 CARDIACO: RR27
 PULMONAR: MP (+), SRA
 ABDOMEN RHA (+), BLANDO, DEPRESSIBLE, SENSIBLE A LA PALPACION PERIUMBILICAL, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL,
 NO PALPO MASAS NI VISCEROMEGLIAS

Procedimientos e indicaciones en box

SF 250 CC + METAMIZOL 500 MG EV
ONDANSETRON 4 MG EV

Procedimientos

INYECCION ENDOVENOSA
ADMINISTRACION FLEBOCLISIS

Indicaciones al alta

CERTIFICADO MEDICO: REPOSO EN CASA POR 5 DIAS

REGIMEN ALIMENTARIO A TOLERANCIA

HIDRATACIÓN ABUNDANTE

SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL, TOMAR 200 ML LUEGO DE CADA EPISODIO DE VOMITO O DIARREA

PARACETAMOL 500 MG, 1 COMP EN CASO DE DOLOR O FIEBRE SOBRE 38°C, MAXIMO CADA 8 HORAS

PROTÓCOLO 200 NOV/11 - 2.01 EN CASO DE DOLOR O FIEBRE SOBRE 38°C, MAXIMO CADA 8 HORAS