

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

PUEBLO ORIGINARIO

PROCEDENCIA (URBANO /

COMUNA: TEMUCO

DECLARADO:

RURAL):

EDAD: 8 años 11 meses 5 días (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 Cardíaca:	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
☐ Matrán(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

- ☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ VVS
☐ Otro
☐ Accidente Incendio
☐ Accidente Terremoto
☐ Accidente Erupción
☐ Accidente Tsunami

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

Hora aproximada del hecho

:

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- ☐ Paciente sin lesiones
☐ Leve (0 - 14 días)
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
☐ Grave (30 días o más)
☐ Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 16123155)

A084 : (En estudio) ENTEROVIRUSIS
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: RR2T

PULMONAR: MP (+), SRA

ABDOMEN RHA (+), BLANDO, DEPRESIBLE, SENSIBLE A LA PALPACION PERIUMBILICAL, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO PALPO MASAS NI VISCEROMEGALIAS

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

HIDRATACION ABUNDANTE

SALES DE REHIDRATACION 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