



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15672461

30A

ADMISION: 03/06/2025 15:42		INICIO DE ATENCION: 03/06/2025 16:14		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE:	CONSUELO ESPERANZA GUZMAN SANDOVAL	RUT :	25425617 - K	TELEFONO:	31136073 (CELULAR)						
DIRECCION:	CALLE LAS VIOLETAS N° 0455, PULMAHUE	PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA:	PADRE LAS CASAS	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - C						
EDAD:	8 años 11 meses 7 días (27/06/2016)										
SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta								
Hora :	03/06/2025 15:50	REF DOLOR ABDOMINAL VOMITOS DOLOR DE CABEZA									
Temperatura Axilar:	38.6 [°C]	Observaciones Categorización									
Temperatura Rectal:		REF DOLOR ABDOMINAL VOMITOS DOLOR DE CABEZA									
Presión Sistólica:		Funcionario Que Atiende									
Presión Diastólica:		<input checked="" type="checkbox"/> Médico									
Frecuencia Cardíaca:	124 [x]	<input type="checkbox"/> Odontólogo									
Frecuencia Respiratoria:		<input type="checkbox"/> Matrón(a)									
Saturometría:	100 [%]	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)									
Latidos Cardio - Fetales:		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico									
Hemogluco test:		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Tipo de Consulta : INFANTIL									
Dolor, EVA:		Atención Manifestación Social: NO									
Distresado:	NO	Tipo de Paciente: NO APLICA									
	SI - NO	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"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3"></td></tr></table>		Hora aproximada del hecho					
Hora aproximada del hecho											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<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											
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° 15672461)											
B349 : VIROSIS											
Anamnesis e historia clínica											
PX REFIERE INICIO DE ENFERMEDAD ACTUAL HACE 2 DÍAS CARACTERIZADA POR VÓMITOS , MIALGIA FIEBRE DOLOR TIPO COLICO EN MESOGASTRIO CEFALEA											
AP: NIEGA DE IMPORTANCIA											
NIEGA ALERGIAS											
EF: APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, FEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO. BIEN PERFUNDIDO , LLENADO CAPILAR DE 2 SEG , PULSOS NO DISMINUIDO A RADIAL SIMÉTRICOS											
ORL: FARINGE Y AMÍGDALAS HIPERÉMICAS SIN PLACAS DE PUS											
CP: RSCRS S/S MV AUDIBLE SIN AGG											
ABD: GLOBOSO, RSHSPS, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN DE MESOGASTRIO NO IRRADIADO . MURPHY -, BLUMBERG -. PUÑOPECUSIÓN(-)PUNTOS URETERALES (-)											
Procedimientos e indicaciones en box											
PESO 21 KG											
IBUPROFENO DAR 6 CC VO											
ONDASENTRON 4 MG VO											
Indicaciones al alta											
IBUPROFENO DAR 6 CC CADA 8 POR 3 DIAS											
PARACETAMOL DAR 60 GOTAS CADA 8 POR 3 DIAS											
SRO 90 TOMAR 200 CC CADA VOMITO O DIARREAS											
DOMPERIDONA 10 GOTAS CADA 8 POR 3 DIAS SOS VÓMITOS											
BIOFLORA O PERENTERYL 1 CÁPSULA CADA 12 HRS X 3 DÍAS (SI PUEDE COMPRARLO - NO ES Estrictamente NECESARIO)											
URGENCIAS SOS SIGNOS DE ALARMAS											
REPOSO MEDICO POR 4 DIAS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15672461)											
MIGUEL ANGEL MEDINA MARTINEZ											
MEDICO APS											
26142564-5											

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

C5