



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15672461

3ºA.

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	DECLARADO:			
EDAD: 8 años 11 meses 7 dias (27/06/2016)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - C

SIGNOS VITALES

Hora :	03/06/2025 15:50	
Temperatura Axilar:	38.6 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:	124 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

REF DOLOR ABDOMINAL VOMITOS DOLOR DE CABEZA

Observaciones Categorización

REF DOLOR ABDOMINAL VOMITOS DOLOR DE CABEZA

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"/> 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>:</td> <td></td> <td></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

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

Diagnóstico (DAU N° 15672461)

B349 : VIROSIS

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

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: APARENTE BUEÑAS 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, DEPRESSIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN DE MESOGASTRIO NO IRRADIADO . MURPHY -, BLUMBERG -. PUNOPERCUSIÓN(-)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 ESTRICAMENTE NECESARIO)

URGENCIAS SOS SIGNOS DE ALARMAS
 REPOSO MEDICO POR 4 DIAS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15672461)

MIGUELANGEL MEDINA MARTINEZ
 MEDICO APS
 26142564-5

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 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.