

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: VILCUN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 12577415

ADMISSION: 19/10/2022 17:36		INICIO DE ATENCION: 19/10/2022 18:05		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS									
NOMBRE: TAMARA ALEJANDRA PICHILEMU LOPEZ		RUT: 22223524 - 3	TELEFONO: 97841651 (CELULAR)										
DIRECCION: CALLE CODINHUE		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):										
EDAD: 16 años 0 meses 18 dias (01/10/2006)		SEXO (GÉNERO): HOMBRE (MASCULINO)	PREVISION: FONASA - D										
SÍGNOS VITALES													
Hora :	19/10/2022 17:39												
Temperatura Axilar:	37 [°C]												
Temperatura Rectal:													
Presión Sistólica:	105 [mmHg]												
Presión Diastólica:	57 [mmHg]												
Frecuencia Cardíaca:	120 ['x]												
Frecuencia Respiratoria:													
Saturometría:	93 [%]												
Latidos Cardio - Fetales:													
Hemoglucotest:													
Estado de Conciencia (AVD):	A - V - D - I	A - V - D - I											
Dolor, EVA:													
Distresado:	SI - NO	SI - NO											
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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho								
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 12577415) R104 : (En estudio) DOLOR ABDOMINAL A090 : GASTROENTERITIS AGUDA				Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4									
Anamnesis e historia clínica AM: ASMA? MED: (-) CX: HERNIA UMBILICAL ALERGIAS: (-)				Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
PACIENTE QUE CONSULTA POR CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL, MAYOR EN MESOGASTRIO, EVA 5/10, ASOCIADO A NAUSEAS, VOMITOS EN 5 OCASIONES, DIARREA EN 5 OCASIONES. NIEGA FIEBRE, SINTOMAS RESPIRATORIOS, SINTOMAS URINARIOS. AL EX FISICO: CONCIENTE, LUCIDA, ORIENTADA, MUCOSAS ROSADAS, MODERADAMENTE HIDRATADA. MP(+), SRA. RR2TS ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA EN MESOGASTRIO Y FOSA ILIACA IZQUIERDA. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. BLUMBERG (-), MURPHY (-). EEE: SIN SIGNOS DE EDEMA NI TVP.				Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control									
Procedimientos e indicaciones en box - SF. 0.9% 250 CC EV - PROPINOXATO 5 MG/1ML EV - METAMIZOL 1GR EV - ONDASETRON 4 MG EV - PASAR A VERTICAL - REEVALUACION POST ANALGESIA				Categorización Cierre Atención C4									
Medicamentos administrados en Box 1 - UNIDAD - PROPINOXATO 5 MG / 1ML AM [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA) 1 - UNIDAD - METAMIZOL SODICO 1000 MG/2 ML (500 MG/ML) INYECTABLE [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA) 1 - UNIDAD - ONDANSETRON 4 MG/2 ML (2 MG/ML) INYECTABLE [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA)													
Indicaciones al alta - REPOSO EN CASA POR 3 DIAS - REGIMEN LIVIANO A TOLERANCIA - HIDRATACION ABUNDANTE - SALES DE REHIDRATACION ORAL. DILUIR UN SOBRE EN 1 LITRO DE AGUA HERVIDA POR DIA, DAR 150 CC EN CADA EPISODIO DE DIARREA O VOMITOS, POR 3 DIAS. - METOCLOPRAMIDA 10 MG. TOMAR 1 COMPRIMIDO CADA 8 HRS POR 3 DIAS. - RECONSULTAR EN URGENCIA SOS ANTE SINTOMAS DE ALARMA													
Envio a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU Nº 12577415) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha Envío</th> <th>Fecha Regreso</th> <th>Tipo</th> <th>Comentario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19/10/2022 18:36</td> <td>19/10/2022 19:40</td> <td>OBSERVACION</td> <td>REEV POST ANALGESIA</td> </tr> </tbody> </table>						Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario	19/10/2022 18:36	19/10/2022 19:40	OBSERVACION	REEV POST ANALGESIA
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario										
19/10/2022 18:36	19/10/2022 19:40	OBSERVACION	REEV POST ANALGESIA										
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12577415) ARTURO IGNACIO SOTOMAYOR BARROS MEDICO APS 19186494-8													

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.