

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 días (01/10/2006)		SEXO (GÉNERO): HOMBRE (MASCULINO)		PREVISION: FONASA - D	

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora :	19/10/2022 17:39		DESDE AYER CON VÓMITOS Y DIARREA, NO TOLERA NI LÍQUIDOS NI SÓLIDOS		
Temperatura Axilar:	37 [°C]		<b>Funcionario Que Atiende</b>		
Temperatura Rectal:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matron(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Presión Sistólica:	105 [mmHg]		Tipo de Consulta : ADULTO		
Presión Diastólica:	57 [mmHg]		Atención Manifestación Social: NO		
Frecuencia Cardíaca:	120 [x]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Frecuencia Respiratoria:			<b>Origen de la Procedencia</b>		
Saturometría:	93 [%]		DOMICILIO		
Latidos Cardio - Fetales:			<b>Otros Datos</b>		
Hemoglucotest:			* NINGUNO		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	SI - NO	SI - NO			

  

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>							
<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"/> Punzante <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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
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
---

  

<b>Diagnóstico (DAU N° 12577415)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>	
<b>R104 :</b> (En estudio) DOLOR ABDOMINAL <b>A090 :</b> GASTROENTERITIS AGUDA		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>C4</td> </tr> </table>	C4
C4			

  

<b>Anamnesis e historia clínica</b>	<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>	
AM: ASMA? MED: (-) CX: HERNIA UMBILICAL ALERGIAS: (-)  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. RR2TSS ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA EN MESOGASTRIO Y FOSA ILIACA IZQUIERDA. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. BLUMBERG (-), MURPHY (-). EEII: SIN SIGNOS DE EDEMA NI TVP.	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido  <b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control  <b>Categorización Cierre Atención</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>C4</td> </tr> </table>	C4
C4		

  

<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>
- SF. 0.9% 250 CC EV - PROPINOXATO 5 MG/1ML EV - METAMIZOL 1GR EV - ONDASETRON 4 MG EV - PASAR A VERTICAL - REEVALUACION POST ANALGESIA  <b>Medicamentos administrados en Box</b> 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 - ONDASETRON 4 MG/2 ML (2 MG/ML) INYECTABLE [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA)

  

<b>Indicaciones al alta</b>
- 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

  

<b>Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 12577415)</b>			
<b>Fecha Envío</b>	<b>Fecha Regreso</b>	<b>Tipo</b>	<b>Comentario</b>
19/10/2022 18:36	19/10/2022 19:40	OBSERVACION	REEV POST ANALGESIA

  

<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12577415)</b>
ARTURO IGNACIO SOTOMAYOR BARROS MEDICO APS 19186494-8