

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 11911106

2eA

ADMISION: 14/03/2022 06:32		INICIO DE ATENCION: 14/03/2022 06:45		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: YARELA KIM SHARACH CHAURA CHAURA		RUT: 24918288 - 5		TELEFONO: 96446540 (CELULAR)																																								
DIRECCION: CALLE BARROS ARANA 0246 S/N		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																										
EDAD: 7 años 1 meses 9 dias (05/02/2015)		SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A																																								
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>14/03/2022 06:36</td> <td>14/03/2022 08:28</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>37 [°C]</td> <td>36.9 [°C]</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>153 ['x]</td> <td>109 ['x]</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometria:</td> <td>98 [%]</td> <td>96 [%]</td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDI):</td> <td>ALERTA</td> <td>ALERTA</td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>NO</td> </tr> </table>						Hora :	14/03/2022 06:36	14/03/2022 08:28	Temperatura Axilar:	37 [°C]	36.9 [°C]	Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	153 ['x]	109 ['x]	Frecuencia Respiratoria:			Saturometria:	98 [%]	96 [%]	Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	NO
Hora :	14/03/2022 06:36	14/03/2022 08:28																																										
Temperatura Axilar:	37 [°C]	36.9 [°C]																																										
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	153 ['x]	109 ['x]																																										
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometria:	98 [%]	96 [%]																																										
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	NO	NO																																										
Motivo de Consulta ABUELA REF. VOMITOS HEDIONDOS, DISFONIA, DOLOR ESTOMAGO. EV 1 DIA ANT. MORB. (-) RAM (-) CON CONTACTO COVID. SIN ESQ DE VACUNACION. (C P NUEVO)																																												
Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> 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 <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puncante <input type="checkbox"/> Corto-puncante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>						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"/> Puncante <input type="checkbox"/> Corto-puncante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			:																							
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"/> Puncante <input type="checkbox"/> Corto-puncante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			:																																
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 N° 11911106) K291 : GASTRITIS AGUDA 0000 : TRANSGRESION ALIMENTARIA																																												
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C3																																												
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																												
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control																																												
Categorización Cierre Atención C3																																												
Anamnesis e historia clínica ACOMPAÑADA POR LA ABUELA ANT: NO ALERGIAS: NO CX: NO PNI AL DIA RNT SIN PATOLOGIA PERINATAL HOSPITALIZACIONES: NO MC: 1 DIA CON DOLOR EPIGASTRICO Y VOMITOSE INTOLERANCIA ALIMENTARIA, LUEGO DE PASEO CON LA MADRE. AL EXAMEN HIDRATACION LIMITE, SIN ICTERICIA, ABDOMEN GLOBLUSO RHA (+) SENSIBLE EN EPIGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.																																												
Procedimientos e indicaciones en box SF500 CC + KETOROLACO 15MG + ONDANSETRON 4 MG. SRO 250 ML VO A TOLERANCIA OBSERVAR TOLERANCIA ORAL 08.00 DR VARGAS, TOMO CONCIMIENTO DEL CASO PACIENTE EN BOX 5 ACOMPAÑA DE ABUELA DESTACA TRANSGRESO ALIMENTARIA RECENTE, ASOCIADO A VOMITOS NO PATOOGIASO Y DOLOR ABDOMINAL EPIGASTRICO NIEGA SENSACION FEBRIL, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA GOLPES O TRAUMAS AL EXAMEN DSH MODERADA, SIN ASPECTO SEPTICO CARDIO RR2TNAS PULMONAR MP+ SRA UMA- ABD RHA+ BDI NO PALPO MASAS SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN IMPRESION DE CUADRO QX AGUDO PIEL SIN LESIONES AGUDAS. 0.823 PLAN EVALUACION DE TOLERANCIA ORAL EVALUAR AL TERMINO DE FLEBOCLISIS, SE EXPLICA PLAN DE TTO A FAMILIAR ACcede 08.57 ASINTOMATICA, CON BUENA TOLERANCIA ORAL. SE EXPLICA SINTOMATOLOGIA DE ALARMA Y SU PROCEDER.																																												
Procedimientos ADMINISTRACION FLEBOCLISIS																																												
Medicamentos administrados en Box 1 - UNIDAD - ONDANSETRON 4 MG/2 ML (2 MG/ML) INYECTABLE [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA) 1 - UNIDAD - KETOROLACO 30 MG/ML INYECTABLE [SOLUCION INYECTABLE] - (ENDOVENOSA)																																												
Indicaciones al alta REGIMEN LIVIANO SRO 250 ML EN CASO DE VOMITOS, DIARREA O SED PARACETAMOL 500MG, MEDIO CADA 8 HRS VO SI DOLOR CONTROL EN CASO DE SINTOMAS DE ALARMA COMO DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE, O VOMITOS QUE IMPIDAN BEBER LIQUIDOS. CONTROL SOS SE EDUCU ANTE SINTOMATOLOGIA DE ALARMA Y SU PROCEDER A FAMILIAR.																																												
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 11911106) Dr. Felipe G. Vargas Campos MEDICO APS 18450104-K RCM 104-K DIEGO ALEJANDRO MONTECINOS TORO MEDICO APS 17584328-0																																												

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 777 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.