



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU VILLA ALEGRE

NUMERO DE ATENCION: 14269031

III (B)

ADMISSION: 27/03/2024 21:15	INICIO DE ATENCION: 27/03/2024 21:31	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: YULIANA COOK ANTIHAL	RUT : 22307361 - 1	TELEFONO: 62621005 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE CUISAMA 01090 VILLA LOS CONDORES	PUEBLO ORIGINARIO MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: PITRUFQUEN	DECLARADO:			
EDAD: 17 años 2 meses 11 dias (16/01/2007)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B		
SIGNOS VITALES				
Hora :	27/03/2024 21:22			
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]			
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:	103 [mmHg]			
Presión Diastólica:	74 [mmHg]			
Frecuencia Cardiaca:	81 ['X]			
Frecuencia Respiratoria:				
Saturometría:	99 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglucotest:				
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		
Dolor, EVA:				
Distresado:	NO	SI - NO		
Motivo de Consulta COLITIS DOLOR ABDOMEN				
Observaciones Categorización COLITIS DOLOR ABDOMEN DESDE EL LUNES				
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 : ADULTO 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"/> 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"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Pungiente <input type="checkbox"/> Corto-pungiente <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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
Hora aproximada del hecho :								

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° 14269031)

A090 : GASTROENTERITIS AGUDA

 Resultado aplicación
 protocolo
 selector de demanda
 C5

Anamnesis e historia clínica

 AM: NIEGA
 ALERGIA: NIEGA
 CX: NIEGA
 FCOS: NIEGA

PACIENTE REFIERE QUE DESDE EL DIA LUNES PRESENTA CUADRO DE SENSACION FEBRIL CON CALOSFRIOS, MALESTAR Y DIARREA. NO HA TOMADO MEDICACION PARA CUADRO, TOLERA ALIMENTACION ORAL Y LIQUIDOS. NIEGA NAUSEAS Y VOMITOS.

 EXAMEN FISICO:
 VIGIL, REACTIVA, COOPERADORA
 MUCOSAS HIDRATADAS, LLENE CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
 RR2T NAS
 MP (+) SRA
 ABDOMEN BD, DOLOROSO DIFUSAMENTE, RH (+), SSIP

 Condición del paciente al
 cierre de atención
 Vivo
 Fallecido

 Destino Inmediato del
 Paciente
 Alta domicilio
 Sin control
 Destino:
 Fecha de
 Indicación
 Hospitalización:

 Sin
 Información.

Procedimientos e indicaciones en box

C5

Indicaciones al alta

REPOSO RELATIVO EN DOMICILIO POR 5 DIAS (JUSTIFICATIVO POR FALTAR DIA LUNES 25 Y MARTES 26)

ABUNDANTE HIDRATACION
SALES DE REHIDRATACION ORAL 90 MEQ A TOLERANCIA Y AL MENOS 200 CC POSTERIOR A CADA VOMITO Y DIARREA

DOLOSPAM 1 COMPRIMIDO C/8 HRS X 3 DIAS

DICLOFENACO 50 MG C/8 HRS X 3 DIAS

ACUDIR A URGENCIAS SOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14269031)

 Mariel I. Letelier Reyes
 Médico Cirujano
MARIEL ISIDORA LETELIER REYES
MEDICO APS