

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU VILLA ALEGRE

NUMERO DE ATENCION: 15571511

TUB

ADMISSION: 04/05/2025 21:21		INICIO DE ATENCION: 04/05/2025 22:34		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: NAOMI PEDREROS FUENTES		RUT :	22225610 - 0	TELEFONO:	Sin informacion
DIRECCION: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 18 años 6 meses 29 días (05/10/2006)					

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	04/05/2025 21:38		VOMITOS, DIARREA DESDE AYER, DOLOR ABDOMINAL, ESPALDA, DESMAYO EN 2 OCASIONES		
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	97 [mmHg]		Observaciones Categorización		
Presión Diastólica:	54 [mmHg]		VOMITOS, DIARREA DESDE AYER, DOLOR ABDOMINAL, ESPALDA, DESMAYO EN 2 OCASIONES		
Frecuencia Cardíaca:	93 [x]		Funcionario Que Atiende		
Frecuencia Respiratoria:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrán(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Saturometría:	99 [%]		Tipo de Consulta : ADULTO		
Latidos Cardio - Fetales:			Atención Manifestación Social: NO		
Hemoglucotest:	127 [mg/dl]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Origen de la Procedencia		
Dolor, EVA:			DOMICILIO		
Distresado:	NO	SI - NO	Otros Datos		
			* NINGUNO		

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> 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> <th>Horas</th> <th>Minutos</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Horas	Minutos		
DIA	MES	AÑO											
Horas	Minutos												

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° 15571511)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda
B349 : VIROSIS		C4
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención
ANTECEDENTES MÉDICOS: NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTO: NIEGA DESDE HACE 2 DIAS PRESENTA ODINOFAGIA ASOCIADO A CEFALEA Y TOS HÚMEDA NO PRODUCTIVA. ADEMÁS, EPIGASTRALGIA. SEGUN MADRE EN 10 MINUTOS SE LE SUBIO LA TEMP A 38.5 Y SE DESMAYÓ 2 VECES. EF: BCG, AFEBRIL, HIDRATADA, EUPNEICA BOCA: MUCOSA ORAL HÚMEDA, AMÍGDALAS EUTRÓFICAS, SIN ERITEMA NI SECRECIÓN CP: SP + SIN AGREGADOS. RRZT NS SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN A PREDOMINIO DE EPIGASTRIO, RH (+) NO PALPO MEGALIAS		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente
CSV EF METAMIZOL 1 AMP IM PARGEVERINA 1 AMP IM METOCLOPRAMIDA 1 AMP IM		Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención
LORATADINA 10MG 1 CMP CADA 12H POR 5D PARACETAMOL 500MG 1 COMP CADA 8 H SOS FAMOTIDINA 40MG 1 CMP AL DIA POR 3D DOMPERIDONA 10 MG 1 COMP CADA 8 H SOS REGIMEN LIVIANO EXPLICO SINTOMAS DE ALARMA CONTROL MEDICO SOS REPOSO FISICO POR 3 DIAS		C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15571511)		
CARLEAN ALEJANDRA PALENCIA MARTINEZ MEDICO APS 76534695-5		

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 provisorio, 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.