



MB

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 12596095

ADMISION: 24/10/2022 17:47	INICIO DE ATENCION: 24/10/2022 18:01	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: CAMILA VARGAS MEDINA	RUT: 22055253 - 5	TELEFONO:	Sin informacion	
DIRECCION: YELCHO 01570 VILLA ENTRE LAGOS	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 16 años 8 meses 4 dias (20/02/2006)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - D	
<b>SIGNS VITALES</b>				
Hora : 24/10/2022 17:48				
Temperatura Axilar: 38.6 [°C]				
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:				
Presión Diastólica:				
Frecuencia Cardiaca: 150 [x]				
Frecuencia Respiratoria:				
Saturometría: 98 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglucotest:				
Estado de Conciencia (AVDI): A - V - D - I	A - V - D - I			
Dolor EVA:				
Distresado: SI - NO	SI - NO			
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>				
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
			<b>Hora aproximada del hecho</b>	
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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 Nº 12596095)</b>	<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
B349 : VIROSI	C4
<b>Anamnesis e historia clínica</b>	<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
PACIENTE REFIERE INICIO DE SINTOMAS DESDE EL DIA DE HOY CARACTERIZADO POR MIALGIA, FIEBRE CUANTIFICADA EN 38 TOS HUMEDA, ODINOFAGIA, CONGESTION NASAL DOLOR ABDOMINAL LEVE Y 1 EPISODIO DE VOMITO.	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
-ANTECEDENTES MEDICOS: NIEGA -RAM: NIEGA	<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
-EXAMEN FISICO: BSCSGS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, ADECUADA COLORACIÓN CUTÁNEO MUCOSA. NORMOCEFALO PUPILLAS SIMETRICAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS FARINGE: CONGESTIVA, AMIGDALAS EUTROFICAS CUELLO MOVIL SIMETRICO SIN ADENOPATIAS. CARDIACO: RR2T SIN SOPLOS RESPIRATORIO: TÓRAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, MP + SIN AGREGADOS. ABDOMEN RSHSAS +, BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN EPIGASTRO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL	Alta domicilio Sin control
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>	<b>Categorización Cierre Atención</b>
DICLOFENACO 75MG IM	C5

<b>Indicaciones al alta</b>	<i>Rivero Tonos</i>
-IBUPROFENO 400MG CADA 8HRS POR 3 DIAS -CLORFENAMINA 4MG CADA 8HRS POR 3 DIAS -ATROPINA+PAPAVERIN 40MG: CADA 8HRS POR 3 DIAS -EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURAS -ABUNDANTES LIQUIDOS -RESPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS -EXPLOCIO SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA CONSULTAR SU EN CASO DE PRESENTARLOS	<i>3-0</i>