

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 días (20/02/2006)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - D		

SIGNOS VITALES

Hora :	24/10/2022 17:48	
Temperatura Axilar:	38.6 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	150 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemogluco test:		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I
Dolor EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta

R,VOMITOS ,MIALGIA ,FIEBRE,TOS,4 D V COVID.

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matron(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ 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	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"/> 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"> <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"> <tr> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>		:
DIA	MES	AÑO									
	:										

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° 12596095)

B349 : VIROSIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Anamnesis e historia clínica

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.

 -ANTECEDENTES MEDICOS: NIEGA
 -RAM: NIEGA

 -EXAMEN FISICO:
 BSCSGS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, ADECUADA COLORACIÓN CUTÁNEO MUCOSA. NORMOCEFALO PUPILAS SIMETRICAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS FARINGE: CONGESTIVA, AMIGDALAS EUTROFICAS CUELLO MOVIL SIMETRICO SIN ADENOPATÍAS. CARDIACO: RR2T SIN SOPLOS RESPIRATORIO: TÓRAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, MP + SIN AGREGADOS. ABDOMEN RSHSAS +, BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

 Alta domicilio
 Sin control

Categorización Cierre Atención

C5

Procedimientos e indicaciones en box

DICLOFENACO 75MG IM

Indicaciones al alta

- IBUPROFENO 400MG CADA 8HRS POR 3 DIAS
 -CLOFENAMINA 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
 -EXPLICO SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA CONSULTAR SU EN CASO DE PRESENTARLOS