

2^{da} B.

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14323792

ADMISION: 14/04/2024 08:12		INICIO DE ATENCION: 14/04/2024 08:37		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: CRISTHY JULIETH ROCHA CARVAJALINO		RUT: 27522640 - 8		TELEFONO: 54274439 (CELULAR)	
DIRECCION: TRABUNCO 0360		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 7 años 2 meses 2 días (12/02/2017)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			
SIGNOS VITALES					
Hora:		14/04/2024 08:27			
Temperatura Axilar:		38.4 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:		144 [x]			
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:		98 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I	
Dolor, EVA:					
Distresado:		NO		SI - NO	
Motivo de Consulta					
MMA REFIERE FIEBRE VÓMITO, MALESTAR GENERAL					
Observaciones Categorización					
MAMA REF FIEBRE VÓMITO, MALESTAR GENERAL					
Funcionario Que Atiende					
<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					
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					
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho	
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		DIA	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		MES	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante			
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego			
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión			
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor			
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frio			
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro			
<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					
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° 14323792)					
A090 : GASTROENTERITIS AGUDA					
Anamnesis e historia clínica					
AM RINITIS ALERGICA					
RAM NIEGA					
EA ESCOLAR DE 7 AÑOS TRAIDA POR MADRE REFIERE DESDE AYER VOMITOS EN 3 OPORTUNIDADES CONCOMITANTE FIEBRE, MALESTAR GENERAL, CEFALEA					
AL EF					
FEBRIL					
COLABORADORA					
MUCOSA ORAL HUMEDA					
TORAX SIN RETRACCIONES					
MP+ SRA RR2T SIN SOPLO					
Procedimientos e indicaciones en box					
PESO 24KG					
IBUPROFENO JARABE 6CC					
Indicaciones al alta					
ABUNDANTES LIQUIDOS					
OFRECER ALIMENTOS FRACCIONADOS, EVITAR FIBRA					
EVITAR GOLOSINAS, BEBIDAS PROCESADAS					
SALES PARA REHIDRATACION ORAL 60 MEQ (4) DILUIR UN SOBRE EN UN LITRO DE AGUA PREVIAMENTE HERVIDA DAR A TOMAR 150CC CON CUCHARA LUEGO DE CADA VOMITO O DIARREA.					
IBUPROFENO JARABE 6CC C/8HRS X 3 DIAS					
PARACETAMOL COMP 500MG DAR A TOMAR MEDIO COMPRIMIDO CADA 6 HORAS SI HAY FIEBRE >38° O MALESTAR GENERAL.					
CLORFENAMINA COMP 4MG MEDIO CADA 12 HORAS X 5 DIAS					
REPOSO EN CASA POR 4 DIAS					
ACUDIR SOS					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14323792)					
EILEIN ALEXANDRA VEGAS SANCHEZ					
MEDICO APS					
27082670-9					
RUC: 27-082670-9					
RCM: 5314434					

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.

Este diagnóstico 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.