



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14323792

20B

ADMISION: 14/04/2024 08:12		INICIO DE ATENCION: 14/04/2024 08:37		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																																																																																	
NOMBRE: CRIKY JULIETH ROCHA CARVAJALINO		RUT : 27522640 - 8		TELEFONO: 54274439 (CELULAR)																																																																																																	
DIRECCION: TRABUNCO 0360 COMUNA: TEMUCO EDAD: 7 años 2 meses 2 días (12/02/2017)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																																																																																																	
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>14/04/2024 08:27</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>38.4 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>144 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	14/04/2024 08:27	Temperatura Axilar:	38.4 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	144 [x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	NO		SI - NO																																																																				
Hora :	14/04/2024 08:27																																																																																																				
Temperatura Axilar:	38.4 [°C]																																																																																																				
Temperatura Rectal:																																																																																																					
Presión Sistólica:																																																																																																					
Presión Diastólica:																																																																																																					
Frecuencia Cardiaca:	144 [x]																																																																																																				
Frecuencia Respiratoria:																																																																																																					
Saturometría:	98 [%]																																																																																																				
Latidos Cardio - Fetales:																																																																																																					
Hemoglucotest:																																																																																																					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																																																																																				
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 <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td colspan="2">Tipo de Consulta : INFANTIL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td colspan="2">Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td colspan="2">Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td colspan="2"></td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL		<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																																																																																					
Origen de la Procedencia DOMICILIO																																																																																																					
Otros Datos * NINGUNO																																																																																																					
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Naturaleza del Hecho</td> <td colspan="2">Elemento Causante</td> <td colspan="2">Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</td><td><input type="checkbox"/> Contundente</td> <td><input type="checkbox"/> DIA</td><td><input type="checkbox"/> MES</td><td><input type="checkbox"/> AÑO</td><td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente laboral</td><td><input type="checkbox"/> Cortante</td> <td></td><td></td><td></td><td>:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente escolar</td><td><input type="checkbox"/> Puntante</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</td><td><input type="checkbox"/> Corto-puntante</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</td><td><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión</td><td><input type="checkbox"/> Explosión</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Riña</td><td><input type="checkbox"/> Calor</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</td><td><input type="checkbox"/> Frío</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</td><td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión sexual</td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Incendio</td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto</td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Erupción</td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami</td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho		<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<input type="checkbox"/> DIA	<input type="checkbox"/> MES	<input type="checkbox"/> AÑO	Hora aproximada del hecho	<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante				:	<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Puntante					<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-puntante					<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"/> Frío					<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					
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<input type="checkbox"/> DIA	<input type="checkbox"/> MES	<input type="checkbox"/> AÑO	Hora aproximada del hecho																																																																																																
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante				:																																																																																																
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Puntante																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-puntante																																																																																																				
<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"/> Frío																																																																																																				
<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																																																																																																					
Diagnóstico (DAU N° 14323792) A090 : GASTROENTERITIS AGUDA																																																																																																					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																																																																																																					
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																																																																																					
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información,																																																																																																					
Categorización Cierre Atención C4																																																																																																					
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 SANTOS MEDICO APD 27082670-0 14323792-1 531421																																																																																																					

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

La información diagnóstica o diagnóstico es provisoria, 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.