



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15421889

TILB

|   |                  |                                      |  |                               |  |
|---|------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| ADMISION: 18/03/2025 19:07                                  |                  | INICIO DE ATENCION: 18/03/2025 19:34 |  | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS |  |
| NOMBRE: CATALINA CONSTANZA CARINAO VERA                     |                  | RUT : 22732501 - 1                   |  | TELEFONO: 62582859 (CELULAR)  |  |
| DIRECCION: CALLE SECTOR METRENCO<br>COMUNA: PADRE LAS CASAS |                  | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE |  | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |  |
| EDAD: 16 años 9 meses 18 dias (28/05/2008)                  |                  | SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)      |  | PREVISION: FONASA - B         |  |
| <b>SIGNS VITALES</b>  |                  |                                      |  |                               |  |
| Hora :  | 18/03/2025 19:11 | 18/03/2025 19:34                     | Motivo de Consulta<br>FLUJO NO RESPIRATORIO (DERIVADA CESFAM CONUN HUENU)                              |                               |  |
| Temperatura Axilar:   | 36 [°C]          | 36.2 [°C]                            | Observaciones Categorización<br>8 DIAS APROX SIN DEPOSICIONES, DERIVADA DESDE CONUNHUENU POR FECALOMA. |                               |  |
| Temperatura Rectal:   |                  |                                      | Funcionario Que Atiende  |                               |  |
| Presión Sistólica:  |                  | 128 [mmHg]                           | Tipo de Consulta : ADULTO  |                               |  |
| Presión Diastólica:   |                  | 70 [mmHg]                            | Atención Manifestación Social: NO<br>Tipo de Paciente: NO APLICA                                       |                               |  |
| Frecuencia Cardiaca:  | 103 ['x]         | 92 ['x]                              | Origen de la Procedencia<br>DESCONOCIDO  |                               |  |
| Frecuencia Respiratoria:                                    | 18 ['x]          | 16 ['x]                              | Otros Datos<br>* NINGUNO   |                               |  |
| Saturometría:   | 96 [%]           | 99 [%]                               |  |                               |  |
| Latidos Cardio - Fetales:                                   |                  |                                      |  |                               |  |
| Hemoglucotest:  |                  |                                      |  |                               |  |
| Estado de Conciencia (AVDI):                                | ALERTA           | ALERTA                               |  |                               |  |
| Dolor, EVA:   | 5 ['x]           | 2 ['x]                               |  |                               |  |
| Distresado:   | NO               | NO                                   |  |                               |  |

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

|  |   |  |                                  |     |     |  |  |  |     |
|--|---|--|----------------------------------|-----|-----|--|--|--|-----|
| <b>Naturaleza del Hecho</b>  | <b>Elemento Causante</b>  | <b>Fecha Aproximada del Hecho</b>  | <b>Hora aproximada del hecho</b> |     |     |  |  |  |     |
| <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito<br><input type="checkbox"/> Accidente laboral<br><input type="checkbox"/> Accidente escolar<br><input type="checkbox"/> Accidente doméstico<br><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública<br><input type="checkbox"/> Agresión<br><input type="checkbox"/> Riña<br><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar<br><input type="checkbox"/> Mordedura de perro<br><input type="checkbox"/> Agresión sexual<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Accidente Incendio<br><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto<br><input type="checkbox"/> Accidente Erupción<br><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami | <input type="checkbox"/> Contundente<br><input type="checkbox"/> Cortante<br><input type="checkbox"/> Puntante<br><input type="checkbox"/> Corto-puntante<br><input type="checkbox"/> Arma de Fuego<br><input type="checkbox"/> Explosión<br><input type="checkbox"/> Calor<br><input type="checkbox"/> Frío<br><input type="checkbox"/> Otro | <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | DIA                              | MES | AÑO |  |  |  | : : |
| DIA  | MES   | AÑO  |                                  |     |     |  |  |  |     |
|  |   |  |                                  |     |     |  |  |  |     |
| <b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>   |   |  |                                  |     |     |  |  |  |     |
| <input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones<br><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)<br><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)<br><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)<br><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios  |   |  |                                  |     |     |  |  |  |     |

|   |   |
|---|---|
| <b>Diagnóstico (DAU N° 15421889)</b><br>0000 : FECALOMA | <b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b><br>C3 |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
| <b>Anamnesis e historia clínica</b><br>AM: NIEGA<br>FCO: NIEGA<br>CX: NIEGA<br>ALERGIA: NIEGA<br><br>ACUDDE POR CUADRO DE 8 DIAS DE EVOLUCION DE AUSENCIA DE DEPOSICIONES Y ELIMINACION DE GASES ASOCIADO A DOLOR EN HEMIABDOMEN INFERIOR .<br>NIEGA: FIEBRE, VOMITOS, NAUSEAS.<br><br>EXAMEN FISICO<br>PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, EUPNEICA, AFEBRIL.<br>GLASGOW 15/15 ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA.<br>PIEL HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA.<br>RR2TSS<br>MP (+) SIN AGREGADOS.<br>ABD: DEPRESSIBLE, DOLOROSO LEVE A PALPACION GENERALIZADA, PALPO MASA A NIVEL DE HIPOGASTRIO E HIPOCONDRIOS<br>IZQUIERDO. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.<br>EXTREMIDADES IMETRICAS, SIN EDEMA. | <b>Condición del paciente al cierre de atención</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Vivo<br><input type="checkbox"/> Fallecido |
| <b>Destino Inmediato del Paciente</b><br>Alta domicilio<br>Sin control<br>Destino:<br>Fecha de Indicación Sin<br>Hospitalización: Información.   | <b>Categorización Cierre Atención</b><br>C3   |

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>Procedimientos e indicaciones en box</b><br>SE REALIZA DESIMPACTACION MEDIANTE TACTO RECTAL, SE LOGRA EXTRAER PARTE DE FECALOMA.<br>SE REALIZA ENEMA FLEET, PACIENTE NO ES CAPAZ DE TOLERAR PROCEDIMIENTO. | TC DE AYP CON CONTRASTE |
|---|-------------------------|