



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LAUTARO

NUMERO DE ATENCION: 14902115

| | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| ADMISSION: 08/10/2024 19:27 | INICIO DE ATENCION: 08/10/2024 19:56 | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS |
| NOMBRE: RAYEN ELIZABETH FIGUEROA ALARCON | RUT: 22784008 - 0 | TELEFONO: 68506454 (CELULAR) |
| DIRECCION: CALLE BALMACEDA Nº 599, SUR | PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |
| COMUNA: LAUTARO | DECLARADO: | PREVISION: |
| EDAD: 16 años 2 meses 19 días (19/07/2008) | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | FONASA - C |

| | | |
|------------------------------|------------------|--|
| SIGNOS VITALES | | Motivo de Consulta |
| Hora: | 08/10/2024 19:32 | REF.DOLOR DE CABEZA, ESTOMAGO, VOMITOS, DIARREA, MAREOS, DOLOR DE GARGANTA, INAPETENTE |
| Temperatura Axilar: | 37.7 [°C] | |
| Temperatura Rectal: | | |
| Presión Sistólica: | 141 [mmHg] | |
| Presión Diastólica: | 72 [mmHg] | |
| Frecuencia Cardíaca: | 122 [x] | |
| Frecuencia Respiratoria: | 20 [x] | |
| Saturometría: | 98 [%] | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | |
| Hemoglucotest: | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I |
| Dolor, EVA: | 5 [x] | |
| Distresado: | NO | SI - NO |

| | |
|--|--|
| Observaciones Categorización | |
| REF.DOLOR DE CABEZA, ESTOMAGO, VOMITOS, DIARREA, MAREOS, DOLOR DE GARGANTA, INAPETENTE | |

| | |
|---|-------------------------|
| Funcionario Que Atiende | Tipo de Consulta |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médico | ADULTO |
| <input type="checkbox"/> Odontólogo | |
| <input type="checkbox"/> Matron(a) | |
| <input type="checkbox"/> Enfermero(a) | |
| <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico | |
| <input type="checkbox"/> Kinesiólogo | |

| | |
|--|--|
| 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 | <table><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | DIA | MES | AÑO | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente laboral | <input type="checkbox"/> Cortante | <table><tr><th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table> | Hora aproximada del hecho | | | : | | |
| Hora aproximada del hecho | | | | | | | | |
| : | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente escolar | <input type="checkbox"/> Punzante | | | | | | | |
| <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"/> 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 | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| 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 Nº 14902115) | Resultado aplicación protocolo selector de demanda |
| A084 : ENTEROVIROSIS | C4 |

| | |
|---|--|
| Anamnesis e historia clínica | Condición del paciente al cierre de atención |
| AM: ASMA ALERGIA: - TRAIDA POR MADRE, CONSULTA POR CUADRO DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN DE ODINOFAGIA, DOLOR ABDOMINAL, VÓMITOS, DIARREA ASOCIADO A SENSACIÓN FEBRIL EN DOMICILIO EF: PACIENTE BEG, BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA, ABD BD, SENSIBLE DE FORMA GENERALIZADA, NO PALPO MASAS SSIP. FARINGE ERITEMATOSA SIN PLACAS PULTEACEAS, | <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido |

| | |
|---|---|
| Procedimientos e indicaciones en box | Destino Inmediato del Paciente |
| CSD | Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información. |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Indicaciones al alta | Categorización Cierre Atención |
| 1. REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DÍAS 2. DIETA BLANDA NO CONDIMENTADA TODO COCIDO 3. ABUNDANTE INGESTA DE AGA 4. SALES REHIDRATANTES 1 VASO DESPUES DE CADA EPISODIO DE VOMITOS O DIARREA 5. IBUPROFENO 400MG 1 COMP C/8HRS VO POR 4 DÍAS 6. BIOFLORA 1 COMP C/12HRS VO POR 5 DÍAS (A COMPRAR) 7. METOCLOPRAMIDA 1 COMP C/8HRS VO POR DÍAS 8. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA 9. URGENCIAS S.O.S. | C5 |

| |
|--|
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14902115) |
| CAMILA ANDREA LESSAU NEIRA MEDICO APS 19972087-2 Dra. Camila Lessau Neira Médica Cirujana RUT: 19.972.087-2 Reg. SIS Nº 805606 |

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

La Hipótesis 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.