

**FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA**ESTABLECIMIENTO: **SAR LAUTARO**NUMERO DE ATENCION: **14902115****II B.**

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

  

<b>SIGNOS VITALES</b>	
Hora :	08/10/2024 19:32
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 Cardíaco - Fetales:	
Hemoglucotest:	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA A - V - D - I
Dolor, EVA:	5 [x]
Distresado:	NO SI - NO

  

<b>Motivo de Consulta</b>
REF.DOLOR DE CABEZA, ESTOMAGO, VOMITOS, DIARREA, MAREOS, DOLOR DE GARGANTA, INAPETENTE
<b>Observaciones Categorización</b>
REF.DOLOR DE CABEZA, ESTOMAGO, VOMITOS, DIARREA, MAREOS, DOLOR DE GARGANTA, INAPETENTE
<b>Funcionario Que Atiende</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Médico
<input type="checkbox"/> Odontólogo
<input type="checkbox"/> Matrn(a)
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo
<b>Tipo de Consulta :</b> ADULTO
<b>Atención Manifestación Social:</b> NO
<b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA
<b>Origen de la Procedencia</b>
DOMICILIO
<b>Otros Datos</b>
* NINGUNO

**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 <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"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<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>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td> <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                 </td> </tr> </table>	<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
DÍA	MES	AÑO								
<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										

<b>Diagnóstico (DAU Nº 14902115)</b>	<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
<b>A084 : ENTEROVIROSIS</b>	C4
<b>Anamnesis e historia clínica</b>	<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
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 PULTACEAS,	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>	<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
CSD	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
<b>Indicaciones al alta</b>	<b>Categorización Cierre Atención</b>
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 E VOMITOS O DIARREA 5. IBUPROFENO 400MG 1 COMP C/8HRS VO PRO 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
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14902115)</b>	
CAMILA ANDREA LESSAU NEIRA MEDICO APS 19972087-2 	

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.