

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 15922125

30A

ADMISION: 19/08/2025 19:04		INICIO DE ATENCION: 19/08/2025 22:07		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: MATILDE AURORA ZAMORANO MENDOZA		RUT :	25201966 - 9	TELEFONO:	55386369 (CELULAR)	
DIRECCION: 5º FAJA KM 5.8 COMUNA: GORBEA EDAD: 9 años 8 meses 28 dias (22/11/2015)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A	
SIGNS VITALES						
Hora :	19/08/2025 19:10					
Temperatura Axilar:	35.8 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardíaca:	109 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	97 [%]					
Latidos Cardí - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	NO	SI - NO				
Motivo de Consulta MADRE REFIERE 2 DIAS CON VOMITOS Y DIARREA						
Observaciones Categorización MADRE REFIERE 2 DIAS CON VOMITOS Y DIARREA						
Funcionario Que Atiende		<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(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"/> 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"/> Mordedura de animal <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho	
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 15922125) A090 : GASTROENTERITIS AGUDA						Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5
Anamnesis e historia clínica AM(-) ALERGIA (-)						Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
ACUDE CON MADRE LA CUAL REFIERE CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CON DOLOR ABDOMINAL, DE APARICION AGUDA, GENERALIZADO TIPO COLICO, CREE QUE POSTERIOR A COMIDA ASOCIADO A VOMITOS # DE CONTENIDO LIQUIDOS EL DIA DE HOY 1 VOMITOS Y EVACUACIONES LIQUIDAS # SIN RESTOS PATHOLOGICOS SIN FIEBRE, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.						Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.
Procedimientos e indicaciones en box						Categorización Cierre Atención C4
Indicaciones al alta REPOSO RELATIVO ABUNDANTE HIDRATACION REGIMEN LIVIANO, TODO COCIDO DOLOSPAM: 1 COMP C/8HRS EN CASO DE DOLOR ABD. DOMPERIDONA 10MG: 1COMP C/8HR SOS VOMITO O NAUSEAS FAMOTIDINA 40MG: 1CAP EN AYUNAS POR 5 DIAS SRO 200CC EN CASO DE VOMITO O DIARREA (REPONER PERDIDAS) CONTROL EN SU CONSULTORIO EN CASO DE CONTINUAR CON SÍNTOMAS URGENCIA SOS, SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA						
*OPCIONAL COTIZAR EN FARMACIA: PERENTERYL, VINTIX O BIOFLORA, MULTIFLORA, BAGO, VITAL DIGEST, BIOTIPLUS 1 CAP C/12 HORAS POR 5 DIAS						
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15922125)						