



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 15922125

39A

ADMISSION: 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: 5° FAJA KM 5.8		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: GORBEA		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 9 años 8 meses 28 días (22/11/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			
SIGNOS 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 Cardio - 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"/> Matron(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	Hora aproximada del hecho								
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<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				<table border="1"><tr><td colspan="2">:</td></tr></table>	:	
DIA	MES	AÑO									
:											
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante										
<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	Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral									
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)									
<input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)									
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios									
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio											
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto											
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción											
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami											

Diagnóstico (DAU N° 15922125)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
A090 : GASTROENTERITIS AGUDA	C5
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM(-) ALERGIA (-)	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo
ACUDE CON MADRE LA CUAL REFIERE CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CON DOLOR ABDOMINAL, DE APARICION AGUDA, LGNERALIZADO TIPO COLICO, CREE QUE POSTERIOR A COMIDA ASOCIADO A VOMITOS # DE CONTENIDO LIQUIDOS EL DIA DE HOY 1 VOMITOS Y EVACUACIONES LIQUIDAS # SIN RESTOS PATOLOGICOS SIN FIEBRE, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.	<input type="checkbox"/> Fallecido
EF: EN BCG. MUCOSAS HÚMEDAS. BIEN PERFUNDIDO. SIN ASPECTO SÉPTICO. CLOTE. G15. CARDIOPULMONAR ESTABLE. ABD: RHA+. BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A NIVEL DE EPIGASTRIO SIN MASAS. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. BLUMBERG NEG. MURPHY NEG, PP NEG.	Destino Inmediato del Paciente
Procedimientos e indicaciones en box	Alta domicilio
	Sin control
	Destino:
	Fecha de Indicación Sin Información.
	Hospitalización:
Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención
REPOSO RELATIVO	C4
ABUNDANTE HIDRATACION	
RÉGIMEN 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 N° 15922125)	