



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECEER

NUMERO DE ATENCION: 14727200

ADMISSION: 20/08/2024 17:19		INICIO DE ATENCION: 20/08/2024 20:31		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MATILDA ELIANA PEÑA LIGUENMIL	RUT: 23069428 - 1	TELEFONO: 54994832 (CELULAR)			
DIRECCION: CALLE AV. EJERCITO Nº496	PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):			
COMUNA: SAAVEDRA	DECLARADO:	PREVISION: COLMENA GOLDEN CROSS			
EDAD: 15 años 1 meses 17 días (03/07/2009)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)				

  

<b>SIGNOS VITALES</b>		
Hora:	20/08/2024 18:06	
Temperatura Axilar:	35.9 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	121 [mmHg]	
Presión Diastólica:	76 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	87 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturimetría:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

  

<b>Motivo de Consulta</b>	
DOLOR DE ESTOMAGO, NAUSEAS, VOMITOS, Y DOLOR DE CABEZA HACE 2 DIAS	
<b>Observaciones Categorización</b>	
DOLOR DE ESTOMAGO, NAUSEAS, VOMITOS, Y DOLOR DE CABEZA HACE 2 DIAS	
<b>Funcionario Que Atiende</b>	<b>Tipo de Consulta:</b> ADULTO
<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	
<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	

  

<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>													
<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"/> 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><tr><td></td><td></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												
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor												
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frio												
<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													

  

<b>Diagnóstico (DAU Nº 14727200)</b>	<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
A090 : GASTROENTERITIS AGUDA	C5
<b>Anamnesis e historia clínica</b>	<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
AM NO RAM NO  DOLOR DE ESTOMAGO, NAUSEAS, VOMITOS, Y DOLOR DE CABEZA HACE 2 DIAS  EF BCG HIDRATADA EUPNEICA ABDOMEN DOLOROSO EN EPIGASTRIO Y MESOGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL COLABORADOR CONSCIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>	<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
CSV 65 KILOS  PARGEVERINA AMP + ONDANSETRON AMP 4 MG + 1/2 METAMIZOL EV EN 250 ML EV GOTEQ	Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
<b>Indicaciones al alta</b>	<b>Categorización Cierre Atención</b>
ATROPINA PAPAVERINA COMP 1 CADA 8 H POR 3 DIAS PARACETAMOL COMP 1 CADA 6 H POR 3 DIAS SRO 90 MEQ(3)  DIETA LIGERA  REPOSO X 3 DIAS	C5
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14727200)</b>	
EDGAR DAVID SANCHEZ OLIVEROS MEDICO APS 28101427-7	

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.