



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PITRUFQUEN

NUMERO DE ATENCION: 14265630

TIR

ADMISION: 26/03/2024 20:58		INICIO DE ATENCION: 26/03/2024 21:22		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: MARTINA ANABEL REYES VEGA		RUT : 22508901 - 9		TELEFONO: 99780341 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE SAN MATEO N° 430, VILLA SAN DAVID , COMUNA: PITRUFQUEN // SOLO ATENCION POR PROGRAMA ESPACIO AMIGABLE PITRUFQUEN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 16 años 6 meses 5 dias (21/09/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B		
<b>SÍGNOS VITALES</b>						
Hora :	26/03/2024 21:00					
Temperatura Axilar:	37.1 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:	104 [mmHg]					
Presión Diastólica:	64 [mmHg]					
Frecuencia Cardiaca:	111 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometria:	100 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	SI - NO	SI - NO				
<b>Motivo de Consulta</b> ACUDE POR CEFALÉA , VOMITOS ( 3 ) , DIARREA, DOLOR Y CALAMBRES ABDOMINALES, DOLOR MUSCULAR, HACE 3 DIAS AM: NIEGA /RAM: NIEGA						
<b>Observaciones Categorización</b> ACUDE POR CEFALÉA , VOMITOS ( 3 ) , DIARREA, DOLOR Y CALAMBRES ABDOMINALES, DOLOR MUSCULAR, HACE 3 DIAS AM: NIEGA /RAM: NIEGA						
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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 : ADULTO Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: 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>				
<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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b> :	
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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 N° 14265630)</b> <b>K529 : COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS</b>						
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <b>C5</b>						
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido						
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.						
<b>Indicaciones al alta</b> - REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS. - DIETA SANA( NO FRITURAS, DULCES O BEBIDAS). - INGERIR 100 ML SALES REHIDRATACION CADA VEZ QUE TENGA SED MIENTRAS PRESENTE VOMITOS O DIARREAS. - METOCLOPRAMIDA 1 COMP C/8 HORAS POR 3 DIAS.						
<b>Categorización Cierre Atención</b> <b>C5</b>						