

TIB



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PITRUFQUEN

NUMERO DE ATENCION: 14265630

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 días (21/09/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B	

SIGNOS VITALES		
Hora:	26/03/2024 21:00	
Temperatura Axilar:	37.1 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	104 [mmHg]	
Presión Diastólica:	64 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	111 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta ACUDE POR CEFALEA, VOMITOS (3), DIARREA, DOLOR Y CALAMBRES ABDOMINALES, DOLOR MUSCULAR, HACE 3 DIAS AM: NIEGA /RAM: NIEGA	
Observaciones Categorización ACUDE POR CEFALEA, VOMITOS (3), DIARREA, DOLOR Y CALAMBRES ABDOMINALES, DOLOR MUSCULAR, HACE 3 DIAS AM: NIEGA /RAM: NIEGA	
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: ADULTO 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"/> 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" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Hora aproximada del hecho	
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 N° 14265630) K529 : COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5
Anamnesis e historia clínica - PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD, ES TRAIDA POR LA MADRE POR NAUSEAS, INAPETENCIA, VOMITOS(5) MEDIANOS, CON RESTOS DE ALIMENTOS, DEPOSICIONES LIQUIDAS(4) GRANDES, ACUOSAS Y ASTENIA MODERADA DE 72 HORAS DE EVOLUCION SIN OTROS SINTOMAS APARENTES. EXAMEN FISICO: MUCOSAS :SECAS Y NORMOCOLOREADAS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO PRESENTA VISCEROMEGALIA, RHA CONSERVADOS.	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box - SE ADMINISTRA SF 0.9% 500 ML METOCLOPRAMIDA 1 AMP+ RANITIDINA 1 AMP+ KETOPROFENO 1 AMP EV.	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:
Indicaciones al alta - 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.	Categorización Cierre Atención C5