



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR TEODORO SCHMIDT

NUMERO DE ATENCION: 15397983

TUB

ADMISSION: 11/03/2025 11:47	INICIO DE ATENCION: 11/03/2025 12:02	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: DENYS GORETTI MARTINEZ LEAL	RUT : 22683346 - 3	TELEFONO: 54227338 (CELULAR)
DIRECCION: LAUTARO S/N COMUNA: FREIRE EDAD: 16 años 11 meses 9 dias (30/03/2008)	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): NINGUNO MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - B
SIGNOS VITALES		
Hora :	11/03/2025 11:51	
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	98 [mmHg]	
Presión Diastólica:	66 [mmHg]	
Frecuencia Cardiaca:	106 ['X]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	96 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO
Motivo de Consulta REFIERE A VOMITOS Y FIEBRE		
Observaciones Categorización REFIERE A VOMITOS Y FIEBRE		
Funcionario Que Atiende		
<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input checked="" 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

- Accidente de tránsito
- Accidente laboral
- Accidente escolar
- Accidente doméstico
- Accidente en la vía pública
- Agresión
- Riña
- Violencia intrafamiliar
- Mordedura de perro
- Agresión sexual
- Otro
- Accidente Incendio
- Accidente Terremoto
- Accidente Erupción
- Accidente Tsunami

Elemento Causante

- Contundente
- Cortante
- Puntante
- Corto-puntante
- Arma de Fuego
- Explosión
- Calor
- Frío
- Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

Hora aproximada del hecho
:

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- Paciente sin lesiones
- Leve (0 - 14 días)
- Mediana Gravedad (15 - 29 días)
- Grave (30 días o más)
- Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU Nº 15397983)

KS29 : COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS

Resultado aplicación
protocolo
selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo
- Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Con indicación de tratamiento en su estab.
Destino:
Fecha de Sin
Indicación Información.
Hospitalización:

Categorización Cierre Atención

C4

Anamnesis e historia clínica

MC: NÁUSEAS, VÓMITOS, DIARREA Y FIEBRE.

AM: SIN ANTECEDENTES

RAM: NIEGA.

AQX: NIEGA.

HÁBITOS: TABACO -, ALCOHOL-.

EA: PACIENTE CON CUADRO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR NÁUSEAS, VÓMITOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO Y DIARREA LIQUIDA SIN SANGRE NI MOCO, ASOCIADO A FIEBRE NO CUANTIFICADA. REFIERE QUE OTROS FAMILIARES PRESENTAN SÍNTOMAS SIMILARES. NIEGA DOLOR ABDOMINAL INTENSO, SANGRE EN DEPOSICIONES O SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SEVERA.

EF:

GENERAL: PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA, HIDRATADA, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES.

AP: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN RUIDOS AGREGADOS.

ABD: BLANDO, DEPRESSIBLE, NO DOLOROSO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS HIDROAÉREOS AUMENTADOS.

EXTREMIDADES: SIN EDEMAS

Procedimientos e indicaciones en box

250CC DE SF 09% EV STAT

- 1 - UNIDAD - METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML (5 MG/ML) INYECTABLE [AMPOLLA]
- 1 - UNIDAD - METAMIZOL SODICO 1000 MG/2 ML (500 MG/ML) INYECTABLE [AMPOLLA]
- 1 - UNIDAD - PARGEVERINA CLORHIDRATO 5 MG/ML AM UNIDAD [AMPOLLA]

Indicaciones al alta

- ATROPINA SULFATO 0,5 MG + PAPAVERINA 40 MG COMPRIMIDO 1 CADA 12 HRS POR 3 DIAS (DOLOSPAN)
- SALES DE REHIDRATACION: 200CC POR CADA DEPOSICION LIQUIDA O POR CADA VOMITO

-SE SUGIERE RESPOSO EN CASA POR 4 DIAS.

-BUENA HIDRATACION

-ALIMENTACION LIVIANA.

-ACUDIR NUEVAMENTE A URGENCIAS

SI TIENE MAL ESTADO GENERAL

SI EL DOLOR SE HACE CONTINUO, CADA VEZ MAS INTENSO

SI EL DOLOR SE LOCALIZA EN EL LADO DERECHO DEL ABDOMEN.

SI TIENE VOMITOS CONTINUOS, VERDOSOS O CON SANGRE.

SI LAS DEPOSICIONES SON NEGRAS, COMO ALQUITRAN, O TIENEN SANGRE ROJA.

SI EL ABDOMEN ESTA TENSO, DURO O HINCHADO.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15397983)