



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15513675

IA:

ADMISION: 16/04/2025 08:19	INICIO DE ATENCION: 16/04/2025 09:02	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: MAILLEMYNI BELÉN MUÑOZ LÓPEZ	RUT : 23613656 - 6	TELEFONO: 78335202 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE HOCHSTETTER N° 846, TEMUCO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A		
EDAD: 14 años 0 meses 6 dias (10/04/2011)				

## SIGNOS VITALES

Hora :	16/04/2025 08:23	
Temperatura Axilar:	37 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:	124 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

## Motivo de Consulta

ACOMP. REF. DOLOR DE CABEZA, DOLOR DE HUESOS, SENSACIÓN FEBRIL Y DIARREA. DESDE AYER. (CSF METODISTA).-

## Observaciones Categorización

PADRE REF. CEFALEA, MIALGIAS, Y DIARREA.  
EVOL. DESDE AYER.

## Funcionario Que Atiende

- Médico  
 Odontólogo  
 Matrón(a)  
 Enfermero(a)  
 Técnico Paramédico  
 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						
<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			
DIA	MES	AÑO						
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho								
:								
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Puntante							
<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"/> Frío							
<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								

## 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 N° 15513675)

A084 : (En estudio) ENTEROVIROSIOS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

## Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo  
 Fallecido

## Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
 Sin control  
 Destino:  
 Fecha de Indicación Sin  
 Hospitalización: Información.

## Anamnesis e historia clínica

RAM-  
 AM DEPRESIÓN  
 PESO: 64 KG

PACIENTE TRAIADA POR SU PADRE CONSULTA POR CUADRO DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL, DIARREA Y VÓMITOS.  
 AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE EN BCG, BIEN HIDRATADA, ANICTÉRICA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SENSIBLE A LA PALPACIÓN DIFUSA, RHA++, SSIP, NO PALPO MASAS. PP NEG.

## Procedimientos e indicaciones en box

ONDANSETRON 4 MG EV  
 KETORALCO 30 MG EV

Categorización Cierre Atención

C5

## Indicaciones al alta

REPOSO POR 3 DÍAS (16/04/25-18/04/25)  
 REGIMEN LIVIANO, ABUNDANTE HIDRATACIÓN  
 DICLOFENACO 50 MG C/8 HRS POR 3 DÍAS  
 DOLOSPAM 1 COMP C/8 HRS POR 3 DÍAS  
 DOMPERIDONA 10 MG C/8 HRS POR 3 DÍAS  
 CONSULTAR EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15513675)

CRISTIAN ALEXANDER ALDUNATE MARTÍNEZ  
 MEDICO APS  
 18435612-0

Dr. Cristian Aldunate Martínez  
 Rut: 18.435.612-0  
 Médico General