



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 16265182

ADMISION: 26/11/2025 08:09		INICIO DE ATENCION: 26/11/2025 09:22		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ANTONIA BELEN HERNANDEZ LEPPE		RUT : 23402811 - 1		TELEFONO: 58634255 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE JANEQUEO N° 1322, COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 15 años 3 meses 5 dias (21/08/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION:	SIN INFORMACION
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora :	26/11/2025 08:35			<b>Motivo de Consulta</b> NAUSEAS, DIARREA	
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]			<b>Observaciones Categorización</b> NAUSEAS, DIARREA	
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	145 [mmHg]				
Presión Diastólica:	79 [mmHg]				
Frecuencia Cardiaca:	107 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	100 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

<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"/> 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"/> VVS <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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr> <td><b>DIA</b></td> <td><b>MES</b></td> <td><b>AÑO</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>				<table border="1"> <tr> <td><b>Hora aproximada del hecho</b></td> </tr> <tr> <td>:</td> </tr> </table>	<b>Hora aproximada del hecho</b>	:
<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											

## Diagnóstico (DAU N° 16265182)

R101 : EPIGASTRALGIA

**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 Sin  
 Indicación Información.  
 Hospitalización:
 
**Categorización Cierre Atención**  
 C5
 

## Anamnesis e historia clínica

TRAIDA POR LA MADRE POR DOLOR ABDOMINAL EPISODICO DE DOS DIAS DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE NAUSEAS ,VOMITOS Y DIARREA CON ULTIMOS EPISODIOS HACE MAS DE 18 HORAS.NIEGA HIPERTERMIA.REFIERE EPISODIOS SIMILARES E EL PASADO. AL MOMENTO DE LA EVALUACION CONSCIENTE FEBRIL,ALERTA,MUCOSA ORAL HUMEDA,ORL SIN HALLAZGOS RELEVANTES.AUSCULTACION PULMONAR NORMAL.ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION RUIDOS HIDROAEREOSES PRESENTES.NO SIGNOS DE IP.

## Procedimientos e indicaciones en box

## Indicaciones al alta

DOLOSPAN 1 CADA 8 HORAS POR TRES DIAS

OMEPRAZOL 20 MGRS 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

DOMPERIDONA 10 MGRS 1 CADA 8 HORAS POR TRES DIAS

EVITAR CONSUMO DE CAFE,ALCOHOL,CITRICOS,AJI PICANTE ALIMENTOS CONDIMENTADOS,FRITURAS

EVITAR USO DE MEDICAMENTOS COMO IBUPROFENO,DICLOFENACO,NAPROXENO Y SIMILARES

REPOSO EN CASA POR TRES DIAS

CONTROL EN SU CESFAM

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16265182)