



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 12338709

ADMISION: 08/08/2022 06:22		INICIO DE ATENCION: 08/08/2022 07:13		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: IGNACIA ANTONIA SALINAS SALINAS		RUT: 22414506 - 3		TELEFONO: 65487293 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE VERONA Nº 2115,				PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 15 años 8 meses 0 días (08/12/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A							
SIGNOS VITALES											
Hora :		08/08/2022 06:34									
Temperatura Axilar:											
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		103 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		99 [%]									
Latidos Cardíaco - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:		6 [x]									
Distresado:		NO		SI - NO							
Motivo de Consulta FLUJO NO RESPIRATORIO											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matron(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"/> 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"/> Punzante									
<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											
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 Nº 12338709)											
A090 : GASTROENTERITIS AGUDA											
Anamnesis e historia clínica											
AM: (-) FARMACOS: QX: ADENOIDES ALERGIAS: NO REFIERE											
DESDE HOY EN LA MAÑANA CON DOLOR ABDOMINAL INTENSO AL DESPERTAR ASOCIADO A VÓMITOS BILIOSOS. SIN SINTOMATOLOGÍA URINARIA, SIN FIEBRE, FAMILIARES SIN SINTOMATOLOGÍA.											
ADEMÁS AYER SUFRE GOLPE EN REGIÓN OCCIPITAL.											
AL EX FISICO: VOR, BIEN HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES ABDOMEN: RHA (+), BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN DIFUSA EN HIPOGASTRIO MAYOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA, MCBURNEY (-), PSOAS (-), MURPHY (-), PUÑOPERCUSIÓN (-), SIN SG DE IRRITACIÓN PERITONEAL											
Procedimientos e indicaciones en box											
PARGEVERINA 1 AMP + METAMIZOL 1 GR + ONDANSETRON 1 AMP											
Indicaciones al alta											
REPOSO RELATIVO EN DOMICILIO POR 3 DÍAS REGIMEN LIVIANO HIDRATACIÓN ABUNDANTE A TOLERANCIA ATROPINA SULFATO 0,5 MG + PAPAVERINA 40 MG 1 COMPRIMIDO SI DOLOR MAX CADA 8 HRS METOCLOPRAMIDA 10 MG SI NAUSEAS MAX CADA 8 HRS ACUDIR A URGENCIAS SI DOLOR INTENSO, INTOLERANCIA ALIMENTARIA O SI ESTIMA NECESARIO											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12338709)											
RICARDO IGNACIO SEBASTIÁN LUER ÁGUILA MEDICO APS 18801836-K											

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.

La Hipótesis diagnóstica o diagnóstico es provisoria, pues puede sufrir alteraciones debido a la evolución de la condición del consultante, si las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.