



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 12516813

ADMISION: 02/10/2022 01:17		INICIO DE ATENCION: 02/10/2022 02:03		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: KAROLINNE POLETT PEREIRA MUÑOZ		RUT: 22120916 - 8		TELEFONO: 2557697 (FJO)	
DIRECCION: CALLE ARTEMIO GUTIERREZ N° 160, MELIPEUCO		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 16 años 4 meses 10 días (22/05/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A	
SIGNOS VITALES					
Hora :		02/10/2022 01:33			
Temperatura Axilar:		37 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:		127 [mmHg]			
Presión Diastólica:		77 [mmHg]			
Frecuencia Cardíaca:		98 [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					
TIAREF: MAREOS, DIARREA, VOMITOS Y MALESTAR GENERAL.					
Funcionario Que Atiende					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matrn(a)					
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)					
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico					
<input type="checkbox"/> 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		DIA MES AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		:	
<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"/> Frio			
<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 N° 12516813)					
R104 : DOLOR ABDOMINAL					
R11X : NAUSEA Y VÓMITO					
Anamnesis e historia clínica					
AM. (-). ALERGIAS: (-). QX: (-).					
MC: DOLOR ABDOMINAL.					
FEMENINA, 16 AÑOS, SIN AM. CONSULTA POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL EVA 4/10, LOCALIZACIÓN DIFUSA, CARÁCTER CÓLICO, ASOCIADO A VÓMITOS Y DIARREA, NO DISENTERICA. EN BCG, TOLERANDO VÍA ORAL. REFIERE CONSUMO DE COMPLETOS AYER, A LO QUE SE EXACERBA CUADRO ACTUAL.					
EXAMEN FÍSICO					
EVALUACIÓN PRIMARIA SIN ALTERACIONES					
ABDOMEN BDI. RHA (+). SIN VISCEROMEGALIAS. SIN SIGNOS IRRITACIÓN PERITONEAL.					
PULSOS DISTALES (+), SIMÉTRICOS, BILATERALES.					
IMPRESIONA CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL EN CONTEXT TRANSGRESIÓN ALIMENTARIA. SIN SIGNOS ALARMA. CONTROL SOS.					
Procedimientos e indicaciones en box					
PARGEVERINA 5 MG IM					
Indicaciones al alta					
1. REPOSO RELATIVO					
2. REGIMEN LIVIANO A TOLERANCIA					
3. DOLOSPAM 1 COMP C/8 HORAS VÍA ORAL X 3 DÍAS					
4. METOCLOPRAMIDA 10 MG C/8 HORAS VÍA ORAL X 3 DÍAS					
5. PARGEVERINA 30 GOTTITAS SOS SI DOLOR ABDOMINAL, MÁXIMO C/8 HORAS VO					
6. SRO 90 MEQ/L. DISOLVER 1 SOBRE EN 1000 CC. BEBER 200 CC DESPUÉS DE CADA EPISODIO DE VÓMITOS/DIARREA.					
7. EDUCO EN SIGNOS DE ALARMA; COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL, DOLOR ABDOMINAL QUE AUMENTA EN INTENSIDAD Y NO CEDE AL REPOSO.					
8. CONTROL SOS					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12516813)					
IVO ŽIVKOVIĆ ZENCOVICH					
MEDICO APS					
18856470-4					

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 provisional, 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.