

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA



ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 12516813

III A.

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 (FIJO)				
DIRECCION: CALLE ARTEMIO GUTIERREZ N° 160, MELIPEUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 16 años 4 meses 10 dias (22/05/2006)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A				
SIGNS 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							
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"/> 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"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td>:</td></tr> </table>									:
			:						
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 VOMITO									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5									
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control									
Categorización Cierre Atención C5									
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 GOTITAS SOS SI DOLOR ABDOMINAL, MÁXIMO C/8 HORAS VO 6. SRO 90 MEQ/L DISOLVER 1 SOBRE EN 1000 CC. BEBER 200 CC DESPUES 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 ZINKOVIC 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 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.