



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKEWE-PELALE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 14852787

TU A.

ADMISION: 25/09/2024 08:51	INICIO DE ATENCION: 25/09/2024 09:35	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: SOLEDAD MABEL HUINCA MARIN	RUT : 21951841 - 2	TELEFONO: 48890927 (CELULAR)		
DIRECCION: COM. JUAN ANTIMAN, PARADEROS LAS NOVIAS, MILELCHE QUEPE FREIRE	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 18 años 11 meses 12 dias (13/10/2005)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION:		FONASA - A

SIGNOS VITALES

Hora :	25/09/2024 08:51	
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	123 [mmHg]	
Presión Diastólica:	79 [mmHg]	
Frecuencia Cardiaca:	82 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta

DOLOR ABDOMINAL NAUSEAS, DOLOR MUSCULAR GENERALIZADOS DESDE AYER

Observaciones Categorización

DOLOR ABDOMINAL NAUSEAS, DOLOR MUSCULAR GENERALIZADOS DESDE AYER

Funcionario Que Atiende

- Médico
 Odontólogo
 Matrón(a)
 Enfermero(a)
 Técnico Paramédico
 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	Hora 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"/> 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				: :
DIA	MES	AÑO							
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° 14852787)

M791 : MIALGIA

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.

Categorización Cierre Atención

C5

Anamnesis e historia clínica

AM:NIEGA
 RAM:NIEGA
 PACINTE REFIERE DOLOR DEL CUERPO POSTERIOR AL EJERCICIO FÍSICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION.ADEMÁS REFIERE NAUSEA.
 NIEGA OTRO SINTOMATOLOGÍA.
 AL EXAMEN FISICO :
 BCG, HIDRATADA, AFEBRIL , EUPNEICA,
 ORL: SIN ALTERACIONES
 CP: MP+ SIN AGREGADOS // RR2TNS
 ABD: RHA+ BLANDO DEPRESSIBLE DOLOROSO EN EPIGASTRIO, BLUMBERG (-) SIN MEGALIAS
 EEII: SIMÉTRICAS SIN EDEMA
 NEURO: INDEMNE

Procedimientos e indicaciones en box

KETOPROFENO ENDOVENOSO 100 MG/2 ML (50 MG/ML) INYECTABLE VIA ENDOVENOSA
 METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML (5 MG/ML) INYECTABLE VIA ENDOVENOSA + SF 100 ML
 RECONTROL:REFIERE MEJORIA SINTOMATOLOGÍA.

Indicaciones al alta

- 1.- REPOSO RELATIVO
- 2.- RÉGIMEN LIVIANO + LÍQUIDOS ABUNDANTES FRACCIONADO,
- 3.- DICLOFENACO 50 MKG 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS
- 4.- CICLODENZAPRINA 1 O JG 1 COMP CADA 12 HORAS POR 3 DIAS
- 5.- PARACETAMOL 500 MG 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS