



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKEWE-PELALE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15411890

30A

ADMISION: 15/03/2025 21:12		INICIO DE ATENCION: 15/03/2025 21:31		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE:	GABRIELA ALONDRA CURRIHUENCHO HUINCA	RUT :	22540904 - 8	TELEFONO:	76248081 (CELULAR)						
DIRECCION:	MILLELCHE KM-6.5 PARADERO LAS NOVIAS, RINCONADA FREIRE	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD:	17 años 4 meses 20 días (23/10/2007)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A						
SIGNOS VITALES											
Hora :	15/03/2025 21:12										
Temperatura Axilar:	36.1 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:	118 [mmHg]										
Presión Diastólica:	82 [mmHg]										
Frecuencia Cardíaca:	109 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	99 [%]										
Latidos Cardíaco - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
Motivo de Consulta VOMITOS, DIARREA, DOLOR ABDOMINAL											
Observaciones Categorización VOMITOS, DIARREA, DOLOR ABDOMINAL											
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											
<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											
Elemento Causante											
<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"/> Frío											
<input type="checkbox"/> Otro											
Fecha Aproximada del Hecho											
<table border="1" style="width:100%"><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									
Hora aproximada del hecho											
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° 15411890)											
A090 : GASTROENTERITIS AGUDA											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
CS											
Anamnesis e historia clínica											
AM: NO											
AQX: NO											
ALERGIAS: AMOXICILINA											
FCOS: NO											
ACOMPANADA DE SU MADRE.											
HACE CUATRO DIAS CON DOLOR ABDOMINAL DIFUSO ASOCIADO A DEPOSICIONES LIQUIDAS+++ SIN DISENTERIA, PERO CON ESTIGMA DE SANGRE AL LIMPIARSE. NAUSEAS, DESDE HOY CON VOMITOS CON ALIMENTARIO 3 EPISODIOS.											
FIEBRE (-).											
EF: VOR, MUCOSAS LEVEMENTE DESHIDRATADAS, ROSADAS, LENE CAP<2SEG.											
RR2T NAS. MP + SRA.											
ABD RHA ++, SENSIBLE A LA PALPACION EN HA INFERIOR, SIN SG DE IRRITACION PERITONEAL, MURPHY (-), BLUMBERG (-), MC BURNEY (-), ROVSING (-) PSOAS (-), OBTURADOR (-).											
PUÑO PERCUSION (-)											
Procedimientos e indicaciones en box											
-ONDASENTRON 4 MG EV											
-OMEPRAZOL 20 MG EV											
-VIADIL 1 AMP											
Indicaciones al alta											
-REPOSO EN CASA 5-7 DIAS											
-HIDRATACION ABUNDANTE, AGUA COCIDA											
-REGIMEN LIVIANO, TODO COCIDO, SIN FRITURAS, GOLOSINAS, BEBIDAS AZUCARADAS, CONDIMENTOS NI IRRITANTES											
-PARACETAMOL 2 COMP C 8 H X 3 DIAS											
-DOLOSPAM 1 COMP C 8-12-24 HRS SEGUN NECESIDAD, NO MAS DE DOS DIAS SEGUIDOS											
-URGENCIAS SOS (EXPLICO A MADRE)											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15411890)											
PAULA CONSTANZA CASTRO MIRANDA											
MEDICO APS											
17727441-0											

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.