

2^a

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14907021

ADMISSION: 09/10/2024 23:43		INICIO DE ATENCION: 10/10/2024 01:27		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ALICIA MATILDA CASTILLO MUÑOZ		RUT: 25213858 - 7	TELEFONO: 63609614 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE MILLANTU 1153 LABRANZA S/N		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A		
EDAD: 8 años 10 meses 2 días (07/12/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	09/10/2024 23:50		MAMA REF DOLOR ABDOMINAL 3 DIAS, DOLOR PARRILLA COSTAL		
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			MAMA REF DOLOR ABDOMINAL 3 DIAS, DOLOR PARRILLA COSTAL		
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico		
Frecuencia Cardíaca:	82 [x]		<input type="checkbox"/> Odontólogo		
Frecuencia Respiratoria:			<input type="checkbox"/> Matron(a)		
Saturometría:	98 [%]		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		
Hemogluotest:			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Tipo de Consulta: INFANTIL		
Dolor, EVA:			Atención Manifestación Social: NO		
Distresado:	NO	SI - 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>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1"><tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td></td><td>:</td></tr></table>	Hora aproximada del hecho			:
DÍA	MES	AÑO												
Hora aproximada del hecho														
	:													
<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	Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral												
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones												
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)												
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)												
<input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)												
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios												
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio														
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto														
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción														
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami														

Diagnóstico (DAU N° 14907021)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
A084 : ENTEROVIRUSIS	CS
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM: (-) RAM: (-) FCOS: (-)	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
PACIENTE ACOMPAÑADA POR SU MADRE, CONSULTA POR CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL, VOMITOS ALIMENTARIOS, DEPOSICIONES DIARREICAS, SIN FIEBRE, SIN OTRAS MOLESTIAS, DIRIGIDAMENTE REFIERE QUE 2 HERMANAS CON SINTOMAS SIMILARES.	Destino Inmediato del Paciente
EXAMEN FÍSICO: MUCOSAS HIDRATADAS, BIEN PERFUNDIDAS SIN ADENOPATIAS CERVICALES ABD: RHA (+) BDI S/ SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:
Procedimientos e Indicaciones en box	Categorización Cierre Atención
	CS
Indicaciones al alta	
REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS (FECHA INICIO 08-10-2024) RÉGIMEN LIVIANO Estricto (TODO COCIDO) HIDRATACIÓN ABUNDANTE SALES DE REHIDRATACION ORAL, 1 SOBRE EN 200 CC AGUA, BEBER FRACCIONADO POSTERIOR A CUADRO DE DIARREA/ VOMITO PARACETAMOL 500 MG 1.5 COMP C/ 8 HRS X 3 DIAS IBUPROFENO 200 MG/ 5 ML, 8.5 ML C/ 12 HRS X 3 DIAS PERENTERYL/VIVERA/BIOFLORA C/ 12 HRS X 5 DIAS (COMPRAR) SE EXPLICAN SIGNOS DE ALRMA CONSUTA SUA SOS	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14907021)	
CHRISTIAN ALEJANDRO SJOBERG MARQUEZ MEDICO APS 17798450-7	

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.