

2er



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 COMUNA: TEMUCO EDAD: 8 años 10 meses 2 dias (07/12/2015)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																											
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A																										
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>09/10/2024 23:50</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.2 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>82 [bpm]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucostest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	09/10/2024 23:50	Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	82 [bpm]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometria:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucostest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:	NO	Distresado:	SI - NO
Hora :	09/10/2024 23:50																														
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																														
Temperatura Rectal:																															
Presión Sistólica:																															
Presión Diastólica:																															
Frecuencia Cardíaca:	82 [bpm]																														
Frecuencia Respiratoria:																															
Saturometria:	98 [%]																														
Latidos Cardio - Fetales:																															
Hemoglucostest:																															
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																														
Dolor, EVA:	NO																														
Distresado:	SI - NO																														
Motivo de Consulta MAMA REF DOLOR ABDOMINAL 3 DIAS, DOLOR PARRILLA COSTAL																															
Observaciones Categorización MAMA REF DOLOR ABDOMINAL 3 DIAS, DOLOR PARRILLA COSTAL																															
Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		Tipo de Consulta : INFANTIL <input checked="" type="checkbox"/> Atención Manifestación Social: NO <input type="checkbox"/> Tipo de Paciente: NO APLICA																													
Origen de la Procedencia DOMICILIO																															
Otros Datos * NINGUNO																															

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

- Naturaleza del Hecho
- Accidente de tránsito
 - Accidente laboral
 - Accidente escolar
 - Accidente doméstico
 - Accidente en la vía pública
 - Agresión
 - Riña
 - Violencia intrafamiliar
 - Mordedura de perro
 - Agresión sexual
 - Otro
 - Accidente Incendio
 - Accidente Terremoto
 - Accidente Erupción
 - Accidente Tsunami

- Elemento Causante
- Contundente
 - Cortante
 - Puntante
 - Corto-puntante
 - Arma de Fuego
 - Explosión
 - Calor
 - Frio
 - Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DÍA	MES	AÑO

Hora aproximada del hecho

:

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- Paciente sin lesiones
- Leve (0 - 14 días)
- Mediana Gravedad (15 - 29 días)
- Grave (30 días o más)
- Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU Nº 14907021)

A084 : ENTEROVIROISIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

CS

Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo
- Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control
Destino:
Fecha de Sin
Indicación Información.
Hospitalización:

Anamnesis e historia clínica

AM: (-)
RAM (-)
FOOS: (-)

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.

EXAMEN FÍSICO:
MUCOSAS HIDRATADAS, BIEN PERFUNDIDAS
SIN ADENOPATIAS CERVICALES
ABD: RHA (+) BDI S/ SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

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 ESTRÍCTO (TODO COCIDO)
HIDRATACIÓN ABUNDANTE
SALES DE REHIDRATACIÓN 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 ALARMA
CONSULTA SUA SOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14907021)

CHRISTIAN ALEJANDRO SJÖBERG 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.