

40A-

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15418209

ADMISION: 17/03/2025 19:09		INICIO DE ATENCION: 17/03/2025 19:59		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MAIRA AGUSTINA INES SAN MARTIN SALGADO		RUT: 25263113 - 5	TELEFONO: 56090901 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE EL MAÑO 346 S/N, VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: VILCUN		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - D		
EDAD: 9 años 1 meses 21 días (24/01/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES		Motivo de Consulta	
Hora:	17/03/2025 19:18	MADRE REF: VOMITOS, DOLOR ABDOMINAL, DECAIMIENTO.	
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	Observaciones Categorización	
Temperatura Rectal:		MADRE REF: VOMITOS, DOLOR ABDOMINAL, DECAIMIENTO	
Presión Sistólica:		Funcionario Que Atiende	
Presión Diastólica:		<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrán(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
Frecuencia Cardíaca:	120 [x]	Tipo de Consulta: INFANTIL	
Frecuencia Respiratoria:		Atención Manifestación Social: NO	
Saturometría:	98 [%]	Tipo de Paciente: NO APLICA	
Latidos Cardio - Fetales:		Origen de la Procedencia	
Hemoglucotest:		DOMICILIO	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Otros Datos	
Dolor, EVA:		* NINGUNO	
Distresado:	NO	SI - NO	

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"/> 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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
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° 15418209)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda
A090 : GASTROENTERITIS AGUDA		C4
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención
PTE QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE LA CUAL NOS REFIERE QUE COMENZO EN EL DIA DE HOY CON UN CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL A TIPO COLICO ASOCIADO A VOMITOS, SIN EVACUACIONES LIQUIDAS, SIN FIEBRE EN ESTOS MOMENTOS. ABD: SUAVE, DEPRESIBLE, DOLOR EN MARCO COLONICO, BLUMBERG NEGATIVO, MURPHY NEGATIVO, SIN REACCION PERITONEAL, SIN MEGALIAS, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION.		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente
EXAMENES + ORINA + UROCULTIVO. ONDASETRON 4MG, 1 AMP EV + PAROVERINA 1/2 AMP EV + KETOROLACO 1/2 AMP EV		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:
Procedimientos		Categorización Cierre Atención
INYECCION ENDOVENOSA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE VENOSA EN NIÑOS Y LACTANTES TOMA DE EXAMENES ORINA ADMINISTRACION FLEBOCLISIS		C5
Indicaciones al alta		
REPOSO RELATIVO X 3 días ABUNDANTES LIQUIDOS REGIMEN LIVIANO Y COCIDO POR 2 DIAS SRO 60MEQ, 2 SACHETS. PAROVERINA 15 GTAS C/ 8 HORAS VO X 2 DIAS SOS ACUDIR PARA REVISION DE EXAMENES LUEGO DE 4 HORAS ACUDIR EN CASO DE URGENCIAS		
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15418209)		
BEATRIZ ALEA CASTILLA MEDICO APS 26735025-6		

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 acudir de inmediato a la atención médica.