

215.



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15016537

ADMISION: 09/11/2024 12:40		INICIO DE ATENCION: 09/11/2024 12:54		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: JOSEFA ANTONIA UBILLA DIAZ		RUT: 25523439 - 0		TELEFONO: Sin informacion	
DIRECCION: ECUADOR 1940 BLOCK VDI 12 04 2011 - COMUNA: UNIDAD VECINAL TARJETA F 12 04 2011, TEMUCO- CHILE TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 8 años 1 meses 14 días (26/09/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B	
SIGNOS VITALES					
Hora :		09/11/2024 12:43		09/11/2024 14:05	
Temperatura Axilar:		38 [°C]		37 [°C]	
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:		152 [x]			
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:		99 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):		A - V - D - I		ALERTA	
Dolor, EVA:					
Distresado:		SI - NO		SI - NO	
Motivo de Consulta DOLOR ABMINAL VOMITOS					
Observaciones Categorización SIN INFORMACIÓN					
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					
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"/> 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"><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"><tr><td></td><td>:</td><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° 15016537) K296 : (En estudio) OTRAS GASTRITIS B349 : VIROSIS	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4
Anamnesis e historia clínica AM: DESARROLLO PUBERAL PRECOZ RAM: NO PESO 31 PACIENTE ACUDE CON SU MADRE QUIEN REFIERE ESTADO NAUSEOSO LLEGANDO A VOMITOS EN REPETIDAS OCAIONES EN LA MAÑANA (3) SIN TOLERANCIA ORAL ASOCIADO A FIEBRE PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL, HIDRATADA EUPNEICA , SIN ASPECTO SÉPTICO, ACTIVO REACTIVO A ESTÍMULOS EXTERNOS CP:RR2T S/S MP +SRA ABD: RHA ++ BLANDO DEPRESIBLE MOLESTIAS EN MESOGASTRIO SIP -, MASAS- MEGALIAS-	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box IBUPROFENO 8 ML DOMPERIDONA 20 GOTAS STAT VIADIL 16 GOTAS VO STAT	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta REPOSO EN CASA POR 3 DIAS RÉGIMEN LIVIANO, CONSUMIR TODO COCIDO AUMENTO DE HIDRATACIÓN SALES PARA REHIDRATACION ORAL 60MEQ, DISOLVER 1 SOBRE EN 200CC DE AGUA PREVIAMENTE HERVIDA, BEBER 200CC (1 VASO) LUEGO DE CADA DEPOSICIÓN DIARREICA O VÓMITOS POCO A POCO A TOLERANCIA VIADIL GOTAS 16 CADA 8 HRS POR 3 DÍAS (COMPRAR EN FARMACIA) IBUPROFENO 200MG/ML DAR 8 ML CADA 8 HRS POR 3 DIAS PARACETAMOL 100MG/ML DAR GOTAS CADA 8 HRS SOS DOLOR O FIEBRE PARACETAMOL COMP 3/4 CADA 8 HRS SOS DOLOR O FIEBRE DOMPERIDONA 10 MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS EDUCO SINTOMAS DE ALARMA ACUDIR A MEDICO SOS	Categorización Cierre Atención C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15016537)	

Dra. Mariela Daza R.
Médico Cirujano
C.R. 25.682.008