



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15016537

2B.

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 dias (26/09/2016)		SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - B																																							
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>09/11/2024 12:43</td><td>09/11/2024 14:05</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>38 [°C]</td><td>37 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>152 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</td><td></td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>A - V - D - I</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>					Hora :	09/11/2024 12:43	09/11/2024 14:05	Temperatura Axilar:	38 [°C]	37 [°C]	Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	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
Hora :	09/11/2024 12:43	09/11/2024 14:05																																									
Temperatura Axilar:	38 [°C]	37 [°C]																																									
Temperatura Rectal:																																											
Presión Sistólica:																																											
Presión Diastólica:																																											
Frecuencia Cardiaca:	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 ABDINAL 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 <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho : </td> </tr> </table> Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones <input checked="" 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					Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	AÑO																														
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	AÑO																																						
DIA	MES	AÑO																																									
Diagnóstico (DAU Nº 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 OCAJONES 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 DIAS (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																																								
<i>Dra. Marcela Daza R. Médico Cirujano R. C.U.T: 25.682-800</i>																																											