



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14512751

IW.B.

ADMISION: 04/06/2024 21:35	INICIO DE ATENCION: 05/06/2024 01:24	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: IGNACIA CHAMORRO CERDA	RUT : 22357094 - 1	TELEFONO: 85453966 (CELULAR)							
DIRECCION: HUICAHUE KM 2	PUEBLO ORIGINARIO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: PADRE LAS CASAS	DECLARADO:								
EDAD: 17 años 2 meses 11 dias (24/03/2007)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - D						
SIGNOS VITALES									
Hora : 04/06/2024 21:40		Motivo de Consulta FLUJO NO RESPIRATORIO (CESFAM PULMAHUE)							
Temperatura Axilar: 36.5 [°C]		Observaciones Categorización PACIENTE TRAIDA POR MADRE. CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL, ASOCIADO A NAUSEAS Y MALESTAR GENERAL							
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca: 68 ['X]									
Frecuencia Respiratoria: 14 ['X]									
Saturometría: 98 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest: 105 [mg/dl]									
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I								
Dolor, EVA: 3 ['X]									
Distresado: NO	SI - NO								
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"/> 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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho :
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° 14512751)									
R104 : COLICO ABDOMINAL			Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4						
Anamnesis e historia clínica									
FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES MÉDICOS. ALÉRGICA A OMEPRAZOL, SIN OTRAS ALERGIAS. AMIGDALECTOMÍA, CX DE HERNIA INGUINAL. ACUDE A CONSULTAR POR CUADRO DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN DE DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO LOCALIZADO EN FLANCO DERECHO ASOCIADO A NAUSEAS SIN VÓMITOS. SIN FIEBRE, SIN SÍNTOMAS URINARIOS, SIN SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, SIN DIARREA. REFIERE ALIMENTO SOSPECHOSO HOY. INGRESA ESTABLE, NORMOTENSA, NORMOCÁRDICA, EUPNEICA, SIN CONFLICTOVENTILATORIO, SATURANDO 98% A MBILIANT, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. ABOVEN BLANDO, DEPRESIBLE, SENSIBLE EN FLANCO DERECHO, MCBURNEY NEGATIVO, BLUMBERG NEGATIVO, MURHY NEGATIVO, ROVING NEGATIVO. VECCONSERVADO. NEUYRO SIN FOCALDIADES. PIEL OK, SIN LESINIAS A CONSIDERAR.									
PLAN: IMPRESIONA CUADRO DE GEA EN EVOLUCIÓN. SIN SIGNOS CLÍNICOS SUGERENTES DE ABDOMEN AGUDO O PATOLOGÍA QUIRÚRGICA. INDICO EN ESTE CONTEXTO ALTA DE PACIENTE CON EDUCACIÓN EN CUANTO A MANEJO SINTOMÁTICO Y SIGNOS DE ALARMA CON LOS QUE DEBE RECONSULTAR PRECOZMENTE.									
Procedimientos e indicaciones en box									
METAMIZOL 2G + PARGEVERINA 5MG IM									
Indicaciones al alta									
1) REPOSO Y OBSERVACIÓN EN CASA POR 2 DÍAS 2) HIDRATACIÓN ABUNDANTE 3) ANTIESPASMÓDICO, 1 COMPRIMIDO CADA 6 HORAS POR 5 DÍAS 4) METOCLOPRAMIDA 10MG CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS 5) CELECOXIB 200MG CADA 12 HORAS POR 3 DÍAS 6) CONTROL CON SIGNOS DE ALARMA									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14512751)									
RODRIGO TAREK ÁLAMOS MUSRE MEDICO APS 17946062-9									

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.