

IV^oB.

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14512751

ADMISSION: 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: HUICHAHUE KM 2 COMUNA: PADRE LAS CASAS	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 17 años 2 meses 11 días (24/03/2007)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D
SIGNOS VITALES		
Hora:	04/06/2024 21:40	
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	68 [x]	
Frecuencia Respiratoria:	14 [x]	
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:	105 [mg/dl]	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:	3 [x]	
Distresado:	NO	SI - NO
Motivo de Consulta FLUJO NO RESPIRATORIO (CESFAM PULMAHUE)		
Observaciones Categorización PACIENTE TRAIDA POR MADRE. CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL, ASOCIADO A NAUSEAS Y MALESTAR GENERAL		
Funcionario Que Atiende		
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta: ADULTO	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	
<input type="checkbox"/> Matron(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Origen de la Procedencia	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	DOMICILIO	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	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><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table><tr><th>Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td>:</td></tr></table>	Hora aproximada del hecho	:
DIA	MES	AÑO									
Hora aproximada del hecho											
:											
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 CONFLICTO VENTILATORIO, SATURANDO 98% MBIENTAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SENSIBLE EN FLANCO DERECHO, MCBURNEY NEGATIVO, BLUMBERG NEGATIVO, MURHY NEGATIVO, ROVSING NEGATIVO. VECONSERVADO. NEUROY SIN FOCALIDADES. PIEL OK, SIN LESIONES A CONSIDERAR. PLAN: IMPRESIONA CUADRO DE GEa EN EVOLUCIÓN. SIN SIGNOS CLÍNICOS SUGERETES DE ABDOMEN AGUDO O PATOLOGÍA QUIRÚRGICA. INDICO EN ESTE CONTEXTO ALTA DE PACIENTE CON EDUCACIÓN EN CUANTO A MANEJO SINTOMÁTICO Y SINGOS DE ALARMA CON LOS QUE DEBE RECONSULTAR PRECOZMENTE.	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:
Procedimientos e indicaciones en box METAMIZOL 2G + PARVEVERINA 5MG IM	Categorización Cierre Atención C4
Indicaciones al alta 1) REPOSO Y OBSERVACIÓN EN CASA POR 2 DÍAS 2) HIDRATACIÓN ABUNDANTE 3) ANTIESPASMÓDICO, 1 COMPRIMIDOS 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.