

FORMULARIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA



ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCIÓN: 11940092

T B

ADmisión: 23/03/2022 07:33	INICIO DE ATENCIÓN: 23/03/2022 09:36	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																												
NOMBRE: NATALIE ANDREA NICUL MARIQUEO DIRECCION: LOS BOLDOS N° 911, SAN ANTONIO SIN NUMERO S/N EDAD: 15 años 0 meses 18 días (05/03/2007)		RUT: 22344930 - 1 TELEFONO: 78660824 (CELULAR) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																												
SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A																												
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>23/03/2022 07:49</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>110 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>69 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>84 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>100 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardí - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>			Hora :	23/03/2022 07:49	Temperatura Axilar:	37 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	110 [mmHg]	Presión Diastólica:	69 [mmHg]	Frecuencia Cardíaca:	84 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	100 [%]	Latidos Cardí - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	23/03/2022 07:49																													
Temperatura Axilar:	37 [°C]																													
Temperatura Rectal:																														
Presión Sistólica:	110 [mmHg]																													
Presión Diastólica:	69 [mmHg]																													
Frecuencia Cardíaca:	84 ['x]																													
Frecuencia Respiratoria:																														
Saturometría:	100 [%]																													
Latidos Cardí - Fetales:																														
Hemoglucotest:																														
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																													
Dolor, EVA:																														
Distresado:	NO																													
	SI - NO																													
Motivo de Consulta REF ACOMP VOMITOS, DIARREA, DOLOR ABDOMINAL // ESQUEMA (C. MIRAFLORES)																														
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						
<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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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						
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° 11940092)

U07.2 : SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19)
N309 : CISTITIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control

Categorización Cierre Atención

C4

Anamnesis e historia clínica

15 AÑOS
MORBIDOS: NIEGA
QX: AMIGDALECTOMÍA / ADENOIDECTOMÍA / TIMPÁNOPLASTÍA BILATERAL
ALERGIAS: NIEGA
HOSPITALIZACIONES: NIEGA
CALENDARIO DE VACUNACIÓN AL DÍA.

PACIENTE ACUDE A CONSULTAR POR CUADRO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR CEFALÉA, MALESTAR GENERAL, DOLOR ABDOMINAL, DISTENSIÓN ABDOMINAL, Y DEPOSICIONES LÍQUIDAS 3 VECES AL DÍA. ADEMÁS, REFIERE DESDE HACE 1 MES DISURIA, POLAQUIURÍA, QUE NO SE HA TRATADO. NIEGA FIEBRE. NIEGA OTROS SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES.

FUR: ENERO 2022
MAC: INYECCIÓN TRIMESTRAL

AL EXAMEN FÍSICO:
SUBFEBRIL.
NORMOTENSA, EUCARDICA, EUPNEICA.
SAT BIEN A FIO2 AMBIENTAL.
DESHIDRATACIÓN LEVE. MUCOSAS ROSADAS.
ABDOMEN: RHA (+), BLANDO, DEPRESIBLE, INDOLORO. NO PALPO MASAS ABDOMINALES.

Procedimientos e indicaciones en box

953112743
LOS BOLDOS 911, TEMUCO.
YERTYMMARIQUEOILMEN@GMAIL.COM

EXAMEN DE ORINA.

SE TOMA PCR COVID-19
NOTIFICACIÓN EPIVIGILA N°FOLIO: 24499546
CÓDIGO DE MUESTRA: T9C2303220161N
TAQ6431460

Indicaciones al alta

AIISLAMIENTO FÍSICO EN DOMICILIO HASTA RESULTADO DE EXAMEN PCR COVID 19 (POR CORREO ELECTRÓNICO, O CONSULTAR POR RESULTADO AL 452 556393 OPCIÓN 2, +569 95466997 PARA PREGUNTAR VÍA WHATSAPP)

MANTENER AIISLAMIENTO SOCIAL, OBLIGATORIO.

HIDRATACIÓN ABUNDANTE + SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL.

DIETA BLANDA, LIVIANA POR 3 DÍAS

DOLOSPAM 1 COMPRIMIDO C/8 H (EN CASO DE DOLOR ABDOMINAL)

PARACETAMOL 500 MG, 2 COMPRIMIDOS C/8 H (SOS FIEBRE Y/O CEFALÉA)

NITROFURANTOÍNA 100 MG, 1 C/12 H POR 5 DÍAS.

**EN CASO DE PERSISTIR, O EMPEORAR MOLESTIAS URINARIAS EN 48-72 H, ACUDIR A CONSULTORIO DE ORIGEN, O SAR MIRAFLORES, PARA RETIRO DE EXÁMENES DE ORINA Y EVALUACIÓN MÉDICA.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 11940092)

DR. JORGE ABARCA ULLOA
MÉDICO CIRUJANO
17.921-466-6