



II<sup>o</sup>B

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12489373

ADMISION: 23/09/2022 18:08	INICIO DE ATENCION: 23/09/2022 18:48	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: GILDA FLORENCIA GARRIDO PALMA	RUT: 22390621 - 4	TELEFONO: 95776643 (CELULAR)
DIRECCION: LOS CONDORES 1055		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 15 años 4 meses 19 días (04/05/2007)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A

  

<b>SIGNOS VITALES</b>	
Hora :	23/09/2022 18:11
Temperatura Axilar:	36,3 [°C]
Temperatura Rectal:	
Presión Sistólica:	
Presión Diastólica:	
Frecuencia Cardíaca:	83 [x]
Frecuencia Respiratoria:	
Saturometría:	100 [%]
Latidos Cardíaco - Fetales:	
Hemoglucotest:	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA A - V - D - I
Dolor, EVA:	
Distresado:	SI - NO SI - NO

  

<b>Motivo de Consulta</b>	REF. DOLOR ABDOMINAL, MUSCULAR, TOS Y FLEMAS 4 DIAS DE EVOLUCION.
<b>Funcionario Que Atiende</b>	Tipo de Consulta : INFANTIL
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	<b>Origen de la Procedencia</b>
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	DOMICILIO
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	<b>Otros Datos</b>
	* NINGUNO

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>							
<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"/> 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> <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                 </td> </tr> </table>	<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
DIA	MES	AÑO								
<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										

<b>Diagnóstico (DAU N° 12489373)</b>	<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
R104 : (En estudio) DOLOR ABDOMINAL J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	C5
<b>Anamnesis e historia clínica</b>	<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA QUE ACUDE POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL MUSCULAR TOS Y FLEMAS DESDE HACE 4 DIAS ACOMPAÑADA DE DOLOR ABDOMINAL CON NAUSEAS Y VOMITOS SE EVALUA Y SE INDICA TRATAMIENTO MEDIC Y RECOMENDACIONES	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>	<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
VIADIL 5 MG /2 ML 1 AMP I-M METAMIZOL 1GM/2ML 1 AMPOLLA I-M DOLOSPAM 40 MG 1 CADA 8 HORAS POR 5 DIAS IBUPROFENO 400 MG 1 CADA 8 HORAS POR 5 DIAS LORATADINA 10 MG 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS	Alta domicilio Sin control
<b>Indicaciones al alta</b>	<b>Categorización Cierre Atención</b>
ABUNDANTE LIQUIDO EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS CRUDOS Y FRITURAS ACUDIR A PÓLICLINICO SOS REPOSO EN CASA POR 5 DIAS	C5
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12489373)</b>	
JOSE LUIS CONSUEGRA THERAN MEDICO APS 25051187-6	<i>Dr. José Luis Consuegra Therán</i> MEDICO CIRUJANO R.U.T. 25051187-6

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.