

IB

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: VILCUN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 12505309

ADMISSION: 28/09/2022 13:36	INICIO DE ATENCION: 28/09/2022 13:59	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: LUCIA SALGADO PRIETO	RUT: 22611546 - 3	TELEFONO: 41744433 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE COLONIA MENDOZA	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 14 años 8 meses 14 días (14/01/2008)	PREVISION: FONASA - C	

SIGNOS VITALES

Hora :	28/09/2022 13:37
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]
Temperatura Rectal:	
Presión Sistólica:	
Presión Diastólica:	
Frecuencia Cardíaca:	66 [x]
Frecuencia Respiratoria:	
Saturometría:	98 [%]
Latidos Cardio - Fetales:	
Hemoglucotest:	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA A - V - D - I
Dolor, EVA:	
Distresado:	NO SI - NO

Motivo de Consulta

REFIERE CEFALEA LA CUAL CEDE PERO PERMANECE CON MAREOS Y NAUSEAS

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matrón(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta : INFANTIL

Atención Manifestación Social: NO
Tipo de Paciente: NO APLICAOrigen de la Procedencia
DOMICILIO

Otros Datos

* NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho

- ☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ Agresión sexual
☐ Otro

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DÍA	MES	AÑO

Hora aproximada del hecho

:

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- ☐ Paciente sin lesiones
☐ Leve (0 - 14 días)
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
☐ Grave (30 días o más)
☐ Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 12505309)

R51X : (En estudio) CEFALEA

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

AM CEFALEA
 ALERGIAS -
 ACUDE POR CUADRO DE CEFALEA MIALGIAS, NAUSEAS Y SENSACION DE MAREO
 AL EF VOR BUEN ASPECTO MUCOSAS ROSADAS BIEN HIDRATADA BIEN PERFUNDIDA LLENE CAP MENOR 2 SEG
 NEUROLOGICO SIN FOCALIDAD

Procedimientos e indicaciones en box

ANALGESIA
REEV OK

Medicamentos administrados en Box

- 1 - UNIDAD - KETOPROFENO ENDOVENOSO 100 MG/2 ML (50 MG/ML) INYECTABLE [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA)
 1 - UNIDAD - METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML (5 MG/ML) INYECTABLE [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA)
 2 - UNIDAD - DEXAMETASONA 4 MG/ML INYECTABLE [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA)

Indicaciones al alta

REGIMEN LIVIANO
 REPOSO RELATIVO
 PARACETAMOL 2 CADA 8H POR 3 DIAS
 METOCLOPRAMIDA 10 MG CADA 8H POR 3 DIAS
 DICLOFENACO 1 CADA 8H POR 3 DIAS
 HIDRATACION ABUNDANTE
 LICENCIA MEDICA POR 3 DIAS
 RECONSULTAR SOS ANTE SINTOMAS DE ALARMA SE EXPLICA A MADRE

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12505309)

ANTONIO ALEJANDRO VILLALOBOS LOPEZ
 MEDICO APS
 18729148-8

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.