



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14907023

109

ADMISSION: 09/10/2024 23:43		INICIO DE ATENCION: 10/10/2024 01:26		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																									
NOMBRE: AILYN MALEN CASTILLO MUÑOZ		RUT: 25780872 - 6		TELEFONO: 73970061 (CELULAR)																																									
DIRECCION: ULTIMA ISLA 929 LABRANZA, COMUNA: TEMUCO EDAD: 7 años 4 meses 15 dias (24/05/2017)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): FONASA - A																																									
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora:</td> <td>09/10/2024 23:53</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.4 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>87 [r/s]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometria:</td> <td>98 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucost:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDT):</td> <td>ALERTA</td> <td>A - V - D - I</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td>NO</td> <td>SI - NO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Hora:	09/10/2024 23:53		Temperatura Axilar:	36.4 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	87 [r/s]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometria:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucost:			Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I			Dolor, EVA:	NO	SI - NO		
Hora:	09/10/2024 23:53																																												
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]																																												
Temperatura Rectal:																																													
Presión Sistólica:																																													
Presión Diastólica:																																													
Frecuencia Cardiaca:	87 [r/s]																																												
Frecuencia Respiratoria:																																													
Saturometria:	98 [%]																																												
Latidos Cardio - Fetales:																																													
Hemoglucost:																																													
Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I																																											
Dolor, EVA:	NO	SI - NO																																											
Motivo de Consulta MAMA REF DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE																																													
Observaciones Categorización MAMA REF DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE																																													
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 <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</td> <td></td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <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 </td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>ANO</td> <td>Hora aproximada del hecho :</td> </tr> </table>						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"/> 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	DIA	MES	ANO	Hora aproximada del hecho :																												
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"/> 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	DIA	MES	ANO	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° 14907023) A084 : ENTEROVIOSIS																																													
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> CS																																													
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: Sin Indicación: Información. Hospitalización:																																													
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> CS																																													
Procedimientos e Indicaciones en box																																													
Indicaciones al alta REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS (FECHA INICIO 08-10-2024) RÉGIMEN LIVIANO ESTRÍCTO (TODO COCIDO) HIDRATACIÓN ABUNDANTE SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL, 1 SOBRE EN 200 CC AGUA, BEBER FRACCIONADO POSTERIOR A CUADRO DE DIARREA/ VOMITO PARACETAMOL 500 MG 1.5 COMP C/ 8 HRS X 3 DIAS IBUPROFENO 400 MG 1 COMP C/ 12 HRS X 3 DIAS PERENTERYL/VIVERA/BIOFLORA C/ 12 HRS X 5 DIAS (COMPRAR) SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA CONSULTA SUA SOS																																													
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14907023) CHRISTIAN ALEJANDRO SJÖBERG MARQUEZ MEDICO APS 17798450-7																																													

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.