



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14907023

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	TELÉFONO:	73970061 (CELULAR)								
DIRECCION:	ULTIMA ISLA 929 LABRANZA,		PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):									
COMUNA:	TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - A								
EDAD:	7 años 4 meses 15 días (24/05/2017)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)										
SIGNOS VITALES														
Hora:	09/10/2024 23:53		Motivo de Consulta											
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]		MAMA REF DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE											
Temperatura Rectal:			Observaciones Categorización											
Presión Sistólica:			MAMA REF DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE											
Presión Diastólica:			Funcionario Que Atiende											
Frecuencia Cardíaca:	87 [x]		<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
Frecuencia Respiratoria:			<input type="checkbox"/> Odontólogo											
Saturometría:	98 [%]		<input type="checkbox"/> Matron(a)											
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
Hemogluotest:			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
Dolor, EVA:			Tipo de Consulta: INFANTIL											
Distresado:	NO		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		Hora aproximada del hecho								
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><thead><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		DÍA	MES	AÑO				<table border="1"><thead><tr><th>Hora aproximada del hecho</th></tr><tbody><tr><td>:</td></tr></tbody></thead></table>	Hora aproximada del hecho	:
DÍA	MES	AÑO												
Hora aproximada del hecho														
:														
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante												
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante												
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante												
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego												
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión												
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor												
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frio												
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro												
<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														
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 : ENTEROVIRUSIS														
Resultado aplicación protocolo selector de demanda														
CS														
Anamnesis e historia clínica														
AM: (-) RAM: (-) FCOS: (-)														
PACIENTE ACOMPAÑADA POR SU MADRE, CONSULTA POR CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL, VOMITOS ALIMENTARIOS, DEPOSICIONES DIARREICAS Y SENSACION FEBRIL, SIN OTRAS MOLESTIAS, DIRIGIDAMENTE REFIERE QUE 2 HERMANAS CON SINTOMAS SIMILARES.														
EXAMEN FÍSICO: MUCOSAS HIDRATADAS, BIEN PERFUNDIDAS SIN ADENOPATIAS CERVICALES ABD: RHA (+) BDI S/ SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL														
Procedimientos e Indicaciones en box														
Indicaciones al alta														
REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS (FECHA INICIO 08-10-2024) RÉGIMEN LIVIANO Estricto (TODO COCIDO) HIDRATACION ABUNDANTE SALES DE REHIDRATACION 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 ALRMA CONSUTA SUA SOS														
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14907023)														
CHRISTIAN ALEJANDRO SJOBERG 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 provisional, 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.