



14

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14661530

Yanitza Avello  
14º A

ADMISION: 30/07/2024 17:34		INICIO DE ATENCION: 30/07/2024 18:21		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: YANITZA AVELLO LOPEZ		RUT :	22394293 - 8	TELEFONO:	78325093 (CELULAR)				
DIRECCION: CALLE MARILUAN 799 B		PUEBLO ORIGINARIO	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION:					
EDAD: 17 años 2 meses 20 dias (10/05/2007)		SEXO (GENERO):	MUJER (FEMENINO)	FONASA - B					
<b>SIGNS VITALES</b>									
Hora :	30/07/2024 18:18								
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	110 [bpm]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometria:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	SI - NO	SI - NO							
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>									
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha 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"/> 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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>									
<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° 14661530)</b>									
<b>A090 : GASTROENTERITIS AGUDA</b> <table border="1"> <tr> <td>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</td> </tr> <tr> <td>C5</td> </tr> </table>						Resultado aplicación protocolo selector de demanda	C5		
Resultado aplicación protocolo selector de demanda									
C5									
<b>Anamnesis e historia clínica</b>									
AM(-) ALERGIA (-)  REFIERE CUADRO DE 2 DIAS DE EVOLUCION CON DOLOR ABDOMINAL, DE APARICION AGUDA POSTERIOR A COMIDAS, LOCALIZADO HEMIABDOMEN IZQUIERDO, QUE NO IRRADIA, TIPO COLICO, EVA 7/10, ASOCIADO A VOMITOS # DE CONTENIDOLIQUIDO Y EVACUACIONES LIQUIDAS # SIN RESTOS PATHOLOGICOS Y SIN FIEBRE, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.  EF: EN BCG, MUCOSAS HÚMEDAS, BIEN PERFUNDIDO, SIN ASPECTO SÉPTICO. CLOTE. G15. CARDIOPULMONAR ESTABLE. ABD: RHA+, BLANDO, DEPRESTIL, DOLOROSO A LA PALPACION DE MANERA DIFUSA, SIN MASAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. BLUMBERG NEG. MURPHY NEG, PP NEG.									
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> METAMIZOL 1 AMPOLLA IM VIADIL 1 AMPOLLA IM METOCLOPRAMIDA 1 AMPOLLA IM									
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO POR 3 DIAS ABUNDANTE HIDRATACION RÉGIMEN LIVIANO, TODO COCIDO DOLOSPAM: 1 COMP C/8HRS POR 3 DIAS, LUEGO EN CASO DE DOLOR ABD. DOMPERIDONA 10MG: 1COMP C/8HR POR 3 DIAS, LUEGO SOS VOMITO O NAUSEAS FAMOTIDINA 40MG: 1CAP EN AYUNAS POR 5 DIAS SRO 200CC EN CASO DE VOMITO O DIARREA (REPORER PERDIDAS) CONTROL EN SU CONSULTORIO EN CASO DE CONTINUAR CON SÍNTOMAS URGENCIA SOS, SE EXPlican SIGNOS DE ALARMA									
*OPCIONAL COTIZAR EN FARMACIA: PERENTERYL, VINTIX O BIOFLORA, MULTIFLORA, BAGO, VITAL DIGEST, BIOTIPLUS 1 CAP C/12 HORAS POR 5 DIAS									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14661530)</b>									
MIRNA MARIELETHS SOTO FRANCO MEDICO APS 27104227-2									

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.