



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15616484

IUA

ADMISION: 18/05/2025 13:39		INICIO DE ATENCION: 18/05/2025 15:19		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: AMANDA IGNACIA VICUÑA SUAZO		RUT :	22743929 - 7	TELÉFONO:	32125833 (CELULAR)				
DIRECCION: CALLE LOS FORJADORES 0335 FDO EL COMUNA: CARMEN TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 16 años 11 meses 8 dias (10/06/2008)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - B				
SIGNS VITALES									
Hora :	18/05/2025 13:46								
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:	94 [mmHg]								
Presión Diastólica:	68 [mmHg]								
Frecuencia Cardiaca:	115 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:	93 [mg/dl]								
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	NO	SI - NO							
Motivo de Consulta HHHA-/ MADRE REF. DOLOR ABD ALTO, NÁUSEAS, Y VÓMITOS, 3SEM DE EVOL. (CSF ANGOL).-									
Observaciones Categorización REF. MADRE REF. DOOR ABD ALTO, NAUSEAS, VÓMITOS. EVO 3SEM.-									
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 : ADULTO 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							
<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"/> 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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
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 Nº 15616484) R101 : EPIGASTRALGIA K259 : (En estudio) ULCERA GASTRICA						Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4			
Anamnesis e historia clínica AM: BAJO PESO RAM: NO REFIERE 3 SEMANAS DE EVOLUCIÓN DE DOLOR ABDOMINAL URENTE EPIGASTRICIO, ASOCIADO A NAUSEAS, VÓMITOS. SIN DIARREA, SIN SINTOMAS URINARIOS BAJOS, SIN FIEBRE. SIN SIGNOS CLÍNICOS DE SANGrado DIGESTIVO. EF: VIGIL, CONSCIENTE, ANICTERICA, MP (+) SRA, ABDOMEN PLANO, DEPRESIBLE, SENSIBLE EN MESOGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.						Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido			
Procedimientos e indicaciones en box RINGER LACTATO 1000CC MEDICAMENTOS EN BOLO.						Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Si Hospitalización: Información.			
Indicaciones al alta ** LA INDICACIONES ENTREGADAS SON EN BASE A LA CONDICION CLINICA DEL PACIENTE AL MOMENTO DE LA EVALUACION MEDICA. Dicha condición puede variar en el tiempo**						Categorización Cierre Atención C4			
CONTROL MEDICO CON RESULTADO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. REPOSO EN DOMICILIO POR LUNES 18, MARTES 19 Y MIERCOLES 20. MANTENER 4 A 5 COMIDAS AL DIA. REGIMEN LIVIANO POR 5 DIAS: SIN FRITURAS, SIN ADEREZOS, BAJO EN GRASAS, CARNES MAGRAS, TALLARINES/ARROZ BLANCO, PAPAS COCIDAS, VERDURAS Y FRUTAS COCIDAS LIQUIDOS COCIDOS LACTEOS SIN LACTOSA SALES DE REHIDRATACION ORAL 90 1 LITRO AL DIA A TOLERANCIA METOCLOPRAMIDA 10 MG TOMAR 1 20 MIN ANTES DE COMER DOLOSPAM 1 COMP CADA 8 HORAS POR 2 DIAS LUEGO SOS OMEPRAZOL 1 COMP CADA 12 HORAS POR 2 DIAS. LUEGO SOS PARACETAMOL 500 MG CADA 6 HRS SOS COMPRAR SOS ONDANSETRON 8 MG CADA 8 HRS EN CASO DE NAUSEAS PROFUSAS. CONSULTAR EN URGENCIAS EN CASO DE ICTERICIA, FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE Y/O QUE INCREMENTA, VÓMITOS/DIARREA PERSISTENTE, DIARREA O VÓMITOS CON SANGRE O QUE ESTIME URGENTE.						Dr. Matías Rojas 19.076.227-C Médico Cirujano			