



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

II B.

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 15490542

ADMISION: 08/04/2025 17:55		INICIO DE ATENCION: 08/04/2025 19:04		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: MARTINA ANTONIA LEVIERR VEJAR		RUT :	22890484 - 8	TELEFONO:	2219482 (FIJO)	
DIRECCION: CALLE MATTIA 795 SAN ANTONIO COMUNA: TEMUCO EDAD: 16 años 4 meses 10 dias (29/11/2008)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	FONASA - A	
SIGNS VITALES						
Hora :	08/04/2025 19:00					
Temperatura Axilar:	37.1 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardiaca:	89 [/x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	97 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	SI - NO	SI - NO				
Motivo de Consulta REF, DOLOR DE ESTOMAGO, DIARREA, NAUSEAS, 3 DIAS.						
Observaciones Categorización REF, DOLOR DE ESTOMAGO, DIARREA, NAUSEAS, 3 DIAS.						
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"/> Puntante <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 :	
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 15490542) A090 : DIARREA AGUDA						
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C5						
Anamnesis e historia clínica						
PACIENTE TRAIADA POR SU MADRE POR PRESENTAR DIARREA NO DISENTERICA, 3-4 EPISODIOS DIARIOS Y DOLOR ABDOMINAL DIFUSO DE 2 DIAS DE EVOLUCIÓN, NIEGA FIEBRE, VÓMITOS, CEFALAEA U OTROS SINTOMAS ASOCIADOS.						
AM: NIEGA RAM: NIEGA BCG, EUPNEICO, AFEBRIL, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE. ORL: MUCOSA ORAL HÚMEDA, FARINGE NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN PLACAS DE PUS. CARDIOP: TORAX SIMÉTRICO, EXPANSIBLE, MV+ SIN AGREGADOS, RR2T SIN SOPLOS ABDOMEN: RH +, BLANDO, DEPRESSIBLE, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN EN MARCO COLONICO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NI VISCIEROMEGLIAS, PUÑO PERCUSIÓN -						
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 <input type="checkbox"/> Sin Indicación <input type="checkbox"/> Información Hospitalización:						
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5						
Procedimientos e indicaciones en box						
VIADIL 1 AMP + DICLOFENACO 1 AMP IM						
Indicaciones al alta						
REPOSO POR 2 DÍAS, INICIANDO DESDE AYER DOLOSPAM 1 TAB CADA 8 H POR 3 DÍAS FAMOTIDINA 40 MG EN AYUNA POR 3 DIAS SRO 90MEQ/L TOMAR A LIBRE DEMANDA SEGÚN TOLERANCIA VIVERA 1 SOBRE CADA 12 H POR 4 DIAS REGIMEN LIVIANO, EVITAR IRRITANTES (CAFÉ, PICANTE, CONDIMENTOS, GRASAS, CITRICOS, LACTEOS) CONTROL MEDICO EN CESFAM SI PERSISTEN LOS SÍNTOMAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA Y MEDIDAS GENERALES TOMAR ABUNDANTE LÍQUIDO ACUDIR A URGENCIA SOS						
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15490542)						