



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 15490542

ADMISSION: 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 MATTÁ 795 SAN ANTONIO COMUNA: TEMUCO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 16 años 4 meses 10 días (29/11/2008)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A

SIGNOS VITALES		
Hora :	08/04/2025 19:00	
Temperatura Axilar:	37.1 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	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	Tipo de Consulta : ADULTO
<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	
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"/> 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO				<table><tr><td></td><td>:</td><td></td></tr></table>		:	
DÍA	MES	AÑO										
	:											
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° 15490542) A090 : DIARREA AGUDA	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5
Anamnesis e historia clínica PACIENTE TRAIDA POR SU MADRE POR PRESENTAR DIARREA NO DISENTERICA, 3-4 EPISODIOS DIARIOS Y DOLOR ABDOMINAL DIFUSO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN, NIEGA FIEBRE, VÓMITOS, CEFALEA U OTROS SÍNTOMAS 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, RRZT SIN SOPLOS ABDOMEN: RH +, BLANDO, DEPRESIBLE, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN EN MARCO COLONICO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NI VISCEROMEGALIAS, 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 Indicación Sin Información. Hospitalización: Categorización Cierre Atención 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 DÍAS SRO 90MEQ/L TOMAR A LIBRE DEMANDA SEGÚN TOLERANCIA VIVERA 1 SOBRE CADA 12 H POR 4 DÍAS 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 N° 15490542)