



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16200635

40A

ADMISION: 07/11/2025 08:24		INICIO DE ATENCION: 07/11/2025 08:55		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE:	RAFAELA VALENTINA OYANEDEL PEREZ	RUT :	25023403 - 1	TELEFONO:	72160547 (CELULAR)
DIRECCION:	PASAJE ZULEMA PERALTA N° 115, ESTACION COMUNA: TEMUCO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD:	10 años 4 meses 13 días (25/06/2015)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - D
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora :	07/11/2025 08:26				
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	87 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
<b>Motivo de Consulta</b>					
DIARREA Y DOLOR ABDOMINAL (MIRAFLORES)					
<b>Observaciones Categorización</b>					
DIARREA Y DOLOR ABDOMINAL EVO. 1 SEM.					
PESO: 46.400 KG					
<b>Funcionario Que Atiende</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matrán(a)					
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)					
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico					
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo					
<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL					
<b>Atención Manifestación Social:</b> NO					
<b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA					
<b>Origen de la Procedencia</b>					
DOMICILIO					
<b>Otros Datos</b>					
* NINGUNO					
<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"/> Contundente		<b>DIA</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<b>MES</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		<b>AÑO</b>	
<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"/> Frío			
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro			
<input type="checkbox"/> VVS					
<input type="checkbox"/> Otro					
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio					
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto					
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción					
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami					
<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>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>					
C4					
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo					
<input type="checkbox"/> Fallecido					
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>					
Alta domicilio					
Sin control					
Destino:					
Fecha de Indicación Sin					
Hospitalización: Información.					
<b>Categorización Cierre Atención</b>					
C5					
<b>Diagnóstico (DAU N° 16200635)</b>					
R104 : (En estudio) COLICO ABDOMINAL					
A084 : (En estudio) ENTEROVIROSIS					
<b>Anamnesis e historia clínica</b>					
AM: ASMA EN TTO					
ALERGIA NO					
CX: NO					
PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A DIARREA DE UNA SEMANA EVOLUCION, SIN DESENCADENANTE ASOCIADO, NIEGA TRANSGRESION ALIMENTARIA, VOMITOS O SINTOMAS RESPIRATORIOS.					
EN CASA CON USO DE VIADIL Y SULFAGUANIDINA SIN RESPUESTA					
SIN CONTACTO FAMILIAR CON PERSONAS SINTOMATICAS, NIEGA SINTOMAS URINARIOS.					
AL EX FISICO					
SIN TAQUICARDIA, AFEBRIL, BIEN PERFUNDIDA.					
MUCOSA ORAL LEVE DESHIDRATACION, VOR					
ABDOMEN PLANO, RHA (+) AUMENTADOS, A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA MOLESTIAS LEVES EN EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL					
TORAX MP (+) SRA					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>					
<b>Indicaciones al alta</b>					
- REPOSO EN DOMICILIO POR EL DIA DE HOY					
- REGIMEN LIVIANO A TOLERANCIA					
- ABUNDANTE LIQUIDO					
- OMEPRAZOL 20 MG CADA 12 HRS POR 5 DIAS (30 MIN ANTES DE LAS COMIDAS)					
- SALES DE REHIDRATACION 200 CC POSTERIOR A CADA VOMITO O DIARREA					
- SUGERENCIA A COMPRAR: PERENTERYL INFANTIL 1 SOBRE CADA 12 HRS X 5 DIAS O BIOFLORA MISMA POSOLOGIA					
- URGENCIA SOS (FIEBRE ASOCIADO A DIARREA, SANGRADO INTESTINAL, DOLOR INTENSO QUE NO CEDE CON ANALGESICOS, SINTOMAS URINARIOS, SIGNOS DE DESHIDRATACION EXPLICADOS A MADRE)					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16200635)</b>					
CATALINA OYARZUN ARAVENA					
MEDICO APS					
19290913-9					