



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 14949569

2^{da}A/

ADMISION: 21/10/2024 17:24		INICIO DE ATENCION: 21/10/2024 19:59		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS													
NOMBRE: CONSUELO ESPERANZA GUZMAN SANDOVAL RUT: 25425617 - K		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		TELEFONO: 31136073 (CELULAR)													
DIRECCION: CALLE LAS VIOLETAS N° 0455, PULMAHUE COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):													
EDAD: 8 años 3 meses 24 dias (27/06/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - C													
SIGNOS VITALES																	
Hora :	21/10/2024 18:05																
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]																
Temperatura Rectal:																	
Presión Sistólica:																	
Presión Diastólica:																	
Frecuencia Cardiaca:	104 [x]																
Frecuencia Respiratoria:																	
Saturometria:	100 [%]																
Latidos Cardio - Fetales:																	
Hemoglucotest:																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I															
Dolor, EVA:																	
Distresado:	NO	SI - NO															
<p>Motivo de Consulta VOMITOS, DIARREA Y DOLOR ABDOMINAL, DESDE EL VIERNES</p> <p>Observaciones Categorización VOMITOS, DIARREA Y DOLOR ABDOMINAL, DESDE EL VIERNES</p> <p>Funcionario Que Atiende</p> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td>Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td>Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td></td> </tr> </table> <p>Origen de la Procedencia DOMICILIO</p> <p>Otros Datos * NINGUNO</p>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																	
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 Eruptión <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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho :												
<p>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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							
<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																	
<p>Diagnóstico (DAU N° 14949569) B349 : (En estudio) VIROSIS</p> <p>Anamnesis e historia clínica VOMITOS, DIARREA Y DOLOR ABDOMINAL, DESDE EL VIERNES AM: NO ALERGIAS: NO</p> <p>EXAMEN FISICO NORMAL: EF CLOTEP BEG ORE: CONGESTIVA SIN EXUDADO ABDOMEN: BD INDOLOROSO RHA ++</p> <p>Procedimientos e indicaciones en box</p> <p>Indicaciones al alta IBUPROFENO 8 ML CADA 8 HRS X 5 DIAS SRO 90 + 1 CADA 24 HRS X 3 DIAS PERENTERYL SOBRES 1 CADA 12 HRS X 3 DIAS (COMPRAR) SIGNOS DE ALARMA Y CONTROL SOS REPOSO POR 5 DIAS</p> <p>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14949569) KATIUSKA VANESSA SURIAGA RAMIREZ MEDICO APS 21158575-7</p>																	

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.