



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12498339

11-A

ADMISSION: 26/09/2022 15:14		INICIO DE ATENCION: 26/09/2022 17:15		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: SOFIA ANDREA SANHUEZA RIVERA		RUT: 22101289 - 5		TELEFONO: 99068042 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE TRES CERROS 1222 VILLA MOSSER				PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 16 años 5 meses 8 días (18/04/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A							
SIGNOS VITALES											
Hora :		26/09/2022 15:16									
Temperatura Axilar:		36.3 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:		114 [mmHg]									
Presión Diastólica:		76 [mmHg]									
Frecuencia Cardíaca:		70 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		100 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		SI - NO		SI - NO							
Motivo de Consulta MAREOS, NAUSEAS, DIARREA.											
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"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
:											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<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"/> Agresión sexual											
<input type="checkbox"/> Otro											
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° 12498339)											
A090 : GASTROENTERITIS AGUDA											
Anamnesis e historia clínica											
PX REFIERE INICIO DE ENFERMEDAD ACTUAL HACE 3 DÍAS APROX CARACTERIZADA POR NAUSEAS , DIARREAS DOLOR ABDOMINAL EN MESOGASTRIO NO IRRADIADO , AP: NIEGA DE IMPORTANCIA QX: NIEGA NIEGA ALERGIAS EF: APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO. ORL: FARINGE Y AMÍGDALAS HIPERÉMICAS SIN PLACAS DE PUS CP: RSCRS S/S MV AUDIBLE SIN AGG ABD: GLOBOSO, RSHSPS, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN DE MESOGASTRIO NO IRRADIADO . MURPHY -, BLUMBERG -. PUÑOPERCUSIÓN(-)PUNTOS URETERALES (-)											
Procedimientos e indicaciones en box											
EVALUACIÓN Y TTO MEDICO											
Indicaciones al alta											
DOLOSPAM1 TAB CDA 8 PPOR 3 DIAS DOMPERIDONA 1 TAB CDA 8 POR 3 DIAS SRO 90 TOMAR 200 CC CADA 8 POR 3 DIAS PARACETAMOL 1 TAB CDA 8 POR 3 DIAS OMEPRAZOL 1 TAB CDA 12POR 5 DIAS REPOSO MEDICO POR 4 DIAS ACUDIR SOS SIGNOS DE ALARMAS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12498339)											
MIGUEL ANGEL MEDINA MARTINEZ MEDICO APS 26142564-5											

LLAME A SALUD RESPONDE 0800 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.