



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

11-A

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12498339

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 dias (18/04/2006)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A
SIGNS VITALES		
Hora :	26/09/2022 15:16	
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	114 [mmHg]	
Presión Diastólica:	76 [mmHg]	
Frecuencia Cardiaca:	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

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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Hora aproximada del hecho	DIA	MES	AÑO			
DIA	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° 12498339)

A090 : GASTROENTERITIS AGUDA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

-
- Vivo
-
-
- Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

- Alta domicilio
-
- Sin control

Categorización Cierre Atención

C5

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)

 MIGUELANGEL MEDINA MARTINEZ
 MEDICO APS
 26142564-5

RUT: 26142564-5

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.