

60B

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKEWE-PELALE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 14680057

ADMISSION: 06/08/2024 10:58		INICIO DE ATENCION: 06/08/2024 11:13		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ARIADNE ANALIA HUINCA MARIN		RUT: 24262449 - 1	TELÉFONO: 84889167 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE MILLELCHÉ KM 6.5		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: FREIRE		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A		
EDAD: 11 años 3 meses 11 días (26/04/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			
SIGNOS VITALES					
hora:	06/08/2024 11:01				
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	98 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
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 (MAKEWE) PESO: 29KG MADRE REFIERE DOLOR ABDOMINAL CON NAUSEAS Y VOMITOS					
Observaciones Categorización (MAKEWE) PESO: 29KG MADRE REFIERE DOLOR ABDOMINAL CON NAUSEAS Y VOMITOS					
Funcionario Que Atiende					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matron(a)					
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)					
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico					
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo					
Tipo de Consulta : INFANTIL					
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		DÍA MES AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		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"/> Frio			
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro			
<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					
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° 14680057)					
A090 : GASTROENTERITIS AGUDA					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda					
CS					
Anamnesis e historia clínica					
AM: NIEGA RAM: NIEGA PESO: 39KG ESCOLAR TRÁIDA POR MADRE REFIERE MADRE REFIERE DOLOR ABDOMINAL CON NAUSEAS Y VOMITOS DE 2 EPISODIO ,NIEGA DIARREA ,NIEGA FIEBRE ,NIEGA OTRO SINTOMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO: BCG, HIDRATADA, AFEBRIL , EUPNEICA, ORL: SIN ALTERACIONES CP: MP+ SIN AGREGADOS // RR2TNS ABD: RHA- BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO EN EPIGASTRIO, BLUMBERG (-) SIN MEGALIAS EET: SIMÉTRICAS SIN EDEMA NEURO: INDEMNE					
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:					
Procedimientos e indicaciones en box					
Categorización Cierre Atención					
CS					
Indicaciones al alta					
1.- REPOSO EN CASA POR 5 DÍAS 2.- RÉGIMEN LIVIANO + LÍQUIDOS ABUNDANTES FRACCIONADO, EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS (GATORED, COCA-COLA), EVITAR CONSUMO DE FIBRA, SIN OTRAS RESTRICCIONES. 3.- SRO SODIO 90 200 ML LUEGO DE CADA VÓMITO O DIARREA PARA EVITAR DESHIDRATACIÓN, BEBER DE FORMA IRRESTRICTA 5.- DICLOFENACO 0.5 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS PARACETAMOL 0.5 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS 6.- DOMPERIDONA 10 GORAS CADA 12 HORAS POR 3 DÍAS 7.- PARAGEVERINA GOTAS 5 GOTAS CADA 12 HORAS POR 3 DÍAS. 8.- CONTROL EN POLICLINICO DE MORTALIDAD SI PERSISTE IGUAL 9.- CONTROL EN SERVICIO DE URGENCIAS SI DEPOSICIONES CON SANGRE, PUS, DEJA DE ORINAR, MAL ESTADO GENERAL, NO LOGRA ALIMENTARSE O DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO ABAJO A LA DERECHA, PERSISTENTE ASOCIADO A NAUSEAS-VÓMITOS					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14680057)					
ANGENTE PHILOGENE NUL MEDICO APS 26730544-7					

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 provisional, 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.