

6ºB.



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	TELEFONO:	84889167 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE MILLELCHE KM 6.5 COMUNA: FREIRE		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 11 años 3 meses 11 dias (26/04/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION:	FONASA - A	
SIGNS VITALES						
Hora :	06/08/2024 11:01					
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardiaca:	98 [x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometria:	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"/> Matrón(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"/> 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 Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	ANO	Hora aproximada del hecho	
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 Nº 14680057) A090 : GASTROENTERITIS AGUDA						
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5						
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 Sin Indicación Información. Hospitalización:						
Categorización Cierre Atención C5						
Indicaciones al alta 1.- REPOSO EN CASA POR 5 DIAS 2.- RÉGIMEN LIVIANO + LÍQUIDOS ABUNDANTES FRACCIONADO, EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS (GATORADE, 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 DIAS PARACETAMOL 0.5 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS 6.- DOMPERIDONA 10 GOTAS CADA 12 HORAS POR 3 DIAS 7.- PARGEVERINA GOTAS 5 GOTAS CADA 4 HORAS POR 3 DIAS. 8.- CONTROL EN POLICLÍNICO DE MORBILIDAD 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 Nº 14680057) ANGENIE PHIOGENE NOLL MEDICO APS 26730544						

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.