



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 11961668

62-A

ADMISION: 30/03/2022 19:14	INICIO DE ATENCION: 30/03/2022 20:26	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: MARIA PAZ CARRASCO MARTINEZ	RUT: 23634945 - 4	TELEFONO: 65571757 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE PJE PUNTA ARENAS 0750 LOS RISCOS4 S/N		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 10 años 10 meses 26 dias (04/05/2011)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B
SIGNS VITALES		
Hora :	30/03/2022 20:00	
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:	94 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	97 [%]	
Latidos Cardi - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO
Motivo de Consulta		
DOLOR DE CABEZA, DOLOR ABDOMINAL AM: HIPOACUSIA./TEA		
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		
CESFAM G.U. PEDRO DE VALDIVIA		
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"/> 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	<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 Nº 11961668)

R104 : DOLOR ABDOMINAL

Resultado aplicación protocolo
selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

 Alta domicilio
 Con indicación de tratamiento en su estab.

Categorización Cierre Atención

C5


 Dr. Diana Quintero
 MEDICO APS
 RUT: 14206755-2
 RICe 180884

Indicaciones al alta

PARGEVERINA 5 MG/ML ADMINISTRAR 20 GOTAS CADA 8 HORAS
 PARACETAMOL 500MG 1CADA 8 HRS POR 5 DIAS
 OBSERVAR SI APARECEN SIGNOS DE ALARMA COMO VÓMITOS RECURRENTES, FIEBRE
 RE CONSULTAR
 REPOSO PARA EL COLEGIO POR 3 DIAS

Envio a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU Nº 11961668)

Fecha Envio	Fecha Regreso	Tipo	Comentario
30/03/2022 20:27	30/03/2022 21:07	OBSERVACION	

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 11961668)

 DIANA QUINTERO QUINTERO
 MEDICO APS
 14706755-0

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.