



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 11961668

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 RISCO54 S/N		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):									
EDAD: 10 años 10 meses 26 días (04/05/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B							
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora :		30/03/2022 20:00									
Temperatura Axilar:		36.7 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		94 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		97 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		NO		SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b>											
DOLOR DE CABEZA, DOLOR ABDOMINAL AM: HIPOACUSIA/TEA											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matró(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											
<b>Origen de la Procedencia</b>											
CESFAM G.U. PEDRO DE VALDIVIA											
<b>Otros Datos</b>											
* NINGUNO											
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<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											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>											
<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											
<b>Diagnóstico (DAU N° 11961668)</b>											
R104 : DOLOR ABDOMINAL											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
USUARIA PRESENTA DESDE HOY NAÚSEAS Y DOLOR ABDOMINAL CX: ADENOIDECTOMIA + AMIGDALECTOMIA ANTECEDENTES DE ESPECTRO AUTISTA EF. OF NORMAL ABDOMEN DOLOROSO DIFUSAMENTE, SIN SIGNOS DE ABDOMEN AGUDO											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
<b>Indicaciones al alta</b>											
PARAGEVERINA 5 MG/ML ADMINISTRAR 20 GOTAS CADA 8 HORAS PARACETAMOL 500MG 1CADA 8 HRS POR 5 DÍAS OBSERVAR SI APARECEN SIGNOS DE ALARMA COMO VÓMITOS RECURRENTES, FIEBRE RE CONSULTAR REPOSO PARA EL COLEGIO POR 3 DÍAS											
<b>Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 11961668)</b>											
Fecha Envío		Fecha Regreso		Tipo							
30/03/2022 20:27		30/03/2022 21:07		OBSERVACION							
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 11961668)</b>											
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.