



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12355393

II B.

ADMISION: 12/08/2022 17:15	INICIO DE ATENCION: 12/08/2022 18:54	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: DENISSE ALEJANDRA MARILLAN CATRICURA	RUT: 22293172 - K	TELEFONO: 46341310 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE BUTACURA		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 15 años 7 meses 15 dias (28/12/2006)	SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A
SIGNS VITALES		
Hora : 12/08/2022 17:51		
Temperatura Axilar: 36 [°C]		
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica: 135 [mmHg]		
Presión Diastólica: 79 [mmHg]		
Frecuencia Cardiaca: 86 ['x]		
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría: 98 [%]		
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I	
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta

REF. ITU

Funcionario Que Atiende

- Médico
- Odontólogo
- Matrón(a)
- Enfermero(a)
- Técnico Paramédico
- Kinesiólogo

Tipo de Consulta : ADULTO

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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <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>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
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 N° 12355393)

N390 : (En estudio) INFECCION URINARIA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

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

Anamnesis e historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: NIEGA

ALERGIA A MEDICAMENTOS: NIEGA

MC: DISURIA

EA: PACIENTE REFIERE QUE HACE 1 SEMANA CURSA CON DOLOR EN HIPOGASTRIO TIPO COLICO EVA 5/10 DISURIA POLIAQUIURIA TENESMO VESICAL MOTIVO POR EL CUAL ACUDE

EXAMEN FISICO:

ABDOMEN: RH+, DEPRESIBLE DOLOROSO EN HIPOGASTRIO PUÑOPERCUSION +++

EXTREMIDADES: EUTROFICAS SIN EDEMA PULSO PRESENTE

NEUROLOGICO: CONSCIENTE ORIENTADO VIGIL, SIN ALTERACIONES G:15/15

Dr. Orlando Rivera A.
Médico Cirujano
RUT: 26.879.642-8
ROM: 49570-F

Procedimientos e indicaciones en box

PARGEVERINA 5MG/ML 1 AMP IM
DICLOFENAC 75MG/3ML 1 AMP IM

Indicaciones al alta

CIPROFLOXACINO 500MG 1 TAB C 12 X 7 DIAS
ATROPINA 0.5+PAPAVERINA 40MG 1 TAB C 8 X 4 DIAS
SE EXPLICAN MEDIDAS GENERALES
EN CASO QUE NO MEJORE SINTOMATOLOGÍA ACUDIR
SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA
SE INDICAN RECOMENDACIONES PERTINENTES
ACUDIR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12355393)

ORLANDO RAFAEL RIVERA ARIAS
MEDICO APS
26879642-8