



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15819120

30A

ADMISSION: 21/07/2025 19:14		INICIO DE ATENCION: 21/07/2025 21:06		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: DOMINGA ANTONIA CURIQUEO VILLABLANCA		RUT : 25505824 - K		TELEFONO: 54203216 (CELULAR)	
DIRECCION: CAMINO NIAGARA KM TRUF TRUF		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - D	
EDAD: 8 años 10 meses 9 días (12/09/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora :		21/07/2025 19:15			
Temperatura Axilar:		38 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:		107 [x]			
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:		99 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I	
Dolor, EVA:					
Distresado:		NO		SI - NO	
<b>Motivo de Consulta</b> REF FIEBRE VOMITOS DIARREA					
<b>Observaciones Categorización</b> MOTIVO DE CONSULTA REF FIEBRE VOMITOS DIARREA					
<b>Funcionario Que Atiende</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matrán(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					
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO					
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO					

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora 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				<table border="1"><tr><td>:</td></tr></table>	:
DIA	MES	AÑO								
:										
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante									
<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										
<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**

☐ Paciente sin lesiones

☐ Leve (0 - 14 días)

☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)

☐ Grave (30 días o más)

☐ Se requieren exámenes complementarios

## Diagnóstico (DAU N° 15819120)

A084 : ENTEROVIROSIS

## Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

## Anamnesis e historia clínica

AM: ASMA

RAM/ALERGIA: NIEGA

## 2DA CONSULTA

EL 20/07 A LAS 00 HRS CONSULTÓ EN SAR CON UN HUENO POR FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL. SE LE INDICÓ ANALGESIA, SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL Y RECONSULTAR EN CASO DE PERSISTIR CON FIEBRE POR MÁS DE 48 HRS. TRAIDA POR EL PADRE POR PRESENTAR PERSISTENCIA DE FIEBRE, NAUSEAS, VOMITOS Y DIARREA. ADEMÁS ODINOFAGIA. NIEGA SINTOMAS URINARIOS

## EX. FISICO:

BCG. DECAIDA, FEBRIL. MUCOSAS HUMEDAS. BIEN PERFUNDIDA

FARINGE ROSADA, SIN PLACAS DE PUS

CARDIO: RR2T NAS

PULMONAR: MP (+) SRA

ABDOMEN: RHA (+) BLANDO, DEPRESIBLE E INDOLORO. NO PALPO MASA NI MEGALIA.

PUÑO PERCUSIÓN (-)

## Condición del paciente al cierre de atención

☒ Vivo☐ Fallecido

## Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio

Sin control

Destino:

Fecha de

Sin

Indicación

Información.

Hospitalización:

## Categorización Cierre Atención

C4

## Procedimientos e indicaciones en box

RECHAZA INYECTABLE

ONDANSETRON (4MG) 1 AMP VO

## Indicaciones al alta

- MANTENER REPOSO EN CASA POR ESTA SEMANA
- SALES REHIDRATACIÓN ORAL A LIBRE DEMANDA, TOMAR LENTO
- REGIMEN LIVIANO
- DOLOSPAM 1/2 COMP C/8 HRS POR 3 DIAS (DOLOR)
- DOMPERIDONA 1 COMP C/8 HRS POR 2 DIAS (NAUSEAS)
- IBUPROFENO 1 COMP C/8 HRS POR 3 DIAS (FIEBRE)
- BIOFLORA 1 CAP C/12 HRS POR 5 DIAS --> COMPRAR
- RECONSULTAR CON MEDICO SOS

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15819120)

NATALY PEÑA MUÑOZ  
MEDICO APS