

JPA



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 14681689

ADMISION: 06/08/2024 18:39	INICIO DE ATENCION: 06/08/2024 19:58	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: AMARA BELEN ESPINOZA MUÑOZ	RUT: 23931380 - 9	TELEFONO: 52306945 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE LOS POETAS N° 837 SAN RAMON	PUEBLO ORIGINARIO: PADRE LAS CASAS	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 12 años 3 meses 13 días (24/04/2012)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B

SIGNOS VITALES		Motivo de Consulta
Hora:	06/08/2024 18:57	MAMÁ VOMITOS, DOLOR DE ESTOMAGO DESDE AYER
Temperatura Axilar:	37.2 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	122 [mmHg]	
Presión Diastólica:	51 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	111 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	97 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Observaciones Categorización		Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta
MAMÁ VOMITOS, DOLOR DE ESTOMAGO DESDE AYER		<input checked="" type="checkbox"/> Médico	INFANTIL
		<input type="checkbox"/> Odontólogo	
		<input type="checkbox"/> Matrán(a)	Atención Manifestación Social: NO
		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
			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	Hora 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table><tr><td></td><td>:</td></tr></table>		:
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 N° 14681689) A090 : GASTROENTERITIS AGUDA	Resultado aplicación protocolo selector de demanda CS
Anamnesis e historia clínica AM NIEGA RAM NIEGA MAMÁ VOMITOS, DOLOR DE ESTOMAGO DESDE AYER EF ABDOMEN DOLOROSO SIN SIGNOS DE IRRIT PERITONEAL	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box 53 KG PARGEVERINA AMP RANITIDINA AMP ONDANSETRON AMP 8 MG EN BOLO EV	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta ATROPINA PAPAVERINA COMP 1 CADA 8 H POR 3 DIAS PARACETAMOL 1 CADA 6 H POR 3 DIAS SRO (90 MEQ) 1 DIETA LIGERA NO LÁCTEOS, NO GRASAS, NO VERDURAS CRUDAS REPOSO X 4 DIAS CONTROL SI NO MEJORA	Categorización Cierre Atención CS
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14681689)	