



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15550810

ADMISSION: 28/04/2025 11:09		INICIO DE ATENCION: 28/04/2025 11:27		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE:	DANIELA POLETH CANTERO GARCES	RUT:	22948044 - 8	TELEFONO:	67056282 (CELULAR)						
DIRECCION:	CALLE REPUBLICA 711 STA ROSA	PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA:	TEMUCO	DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - B						
EDAD:	16 años 2 meses 12 días (16/02/2009)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)								
SIGNOS VITALES											
Hora:	28/04/2025 11:19										
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:	108 [mmHg]										
Presión Diastólica:	61 [mmHg]										
Frecuencia Cardíaca:	102 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturimetría:	99 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
Motivo de Consulta MADRE REF. DOLOR ABD ALTO, Y DORSAL. 2D DE EVOL. (CSF STA ROSA)-											
Observaciones Categorización REF. DOLOR EPIGASTRIO IRRADIA HACIA ESPALDA, VOMITOS EVOL. 2D											
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 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"/> Contundente		<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									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td></td><td>:</td></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></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											
<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											
<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° 15550810) K296 : (En estudio) OTRAS GASTRITIS											
Anamnesis e historia clínica AM: (-) FCOS: (-) AL: (-) CX: TONSILECTOMÍA + ADENOIDECTOMÍA DESDE EL SÁBADO PACIENTE POSTERIOR A COMIDA GRASA COMIENZA CON DOLOR ABDOMINAL DE INICIO INSIDIOSO, DE CARÁCTER OPRESIVO IRRADIADO A DORSO EVA 7/10, ASOCIADO A NAUSEAS. PREVIAMENTE EVALUADA EN CONSULTORIO DONDE SE INDICA TRATAMIENTO CON METOCLOPRAMIDA, OMEPRAZOL, CELECOXIB, PARACETAMOL. CONSULTA POR POR PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS, NIEGA SÍNTOMAS URINARIOS. EXÁMEN FÍSICO: NORMOTENSA, TAQUICÁRDICA, AFEBRIL VOR, EN COMPAÑÍA DE MADRE HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS TORAX: SIMÉTRICO, MP+, SRA, RR2T NAS ABDOMEN: SENSIBLE A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO PALPO MASAS. EXTREMIDADES SANAS											
Procedimientos e indicaciones en box KETOROLACO 30 MG EV PROPINOXATO 5 MG EV											
Indicaciones al alta CONTROL EN SU CONSULTORIO PARA SEGUIMIENTO DE ESTUDIO POR DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE, SUGIERO ECOGRAFIA ABDOMINAL REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS ALIMENTOS LIVIANOS, HIDRATACIÓN ABUNDANTE MANTENER OMEPRAZOL 20MG CADA 12 HRS, LUEGO 1 COMP EN AYUNAS (ENTREGO POR 5 DIAS, IDEAL COMPLETAR DOS MESES SI HAY BUENA RESPUESTA) METOCLOPRAMIDA 10 MG 1 COMP C/8 HRS POR 3 DIAS VO SUSPENDER CELECOXIB - EN CASO DE DOLOR INTENSO QUE NO MEJORA CON ANALGESIA, VOMITOS PROFUSOS QUE IMPIDEN ALIMENTACIÓN ORAL, FIEBRE QUE NO DISMINUYE CON MEDIDAS FÍSICAS (DESABRIGAR, APLICAR PAÑOS HÚMEDOS TIBIOS) NI CON PARACETAMOL, COLORACIÓN AMARILLA DE OJOS O PIEL, ENTRE OTROS SÍNTOMAS DE ALARMA (EXPLICAR) ACUDIR DIRECTAMENTE A SERVICIO DE URGENCIAS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15550810) FRANCISCA CAROLINA CASTILLO TORRES MEDICO APS 19464049-8											

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 los molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.