



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15550810

105 A

| ADMISION: 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 COMUNA: TEMUCO EDAD: 16 años 2 meses 12 dias (16/02/2009) | | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) PREVISION: FONASA - B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>28/04/2025 11:19</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.2 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>108 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>61 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>102 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucosel:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table> | | | 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: | | Saturometría: | 99 [%] | Latidos Cardio - Fetales: | | Hemoglucosel: | | Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | Dolor, EVA: | | Distresado: | NO | | SI - NO |
| 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saturometría: | 99 [%] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hemoglucosel: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 EPIGASTRO 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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <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 </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <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 </td> <td> <table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho : </td> </tr> </tbody> </table> <p>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 | | | 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"/> 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"/> Puntzante <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 border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho : | DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> 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"/> Puntzante <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 border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho : | DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico (DAU N° 15550810) K296 : (En estudio) OTRAS GASTRITIS | | Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anamnesis e historia clínica AM: (-) FCOS: (-) AL: (-) CX: TONSILECTOMÍA + ADENOIDESECTOMÍA DESPDE 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 PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS, NIEGA SÍNTOMAS URINARIOS. EXÁMEN FÍSICO: NORMOTENSA, TAQUICÁRDICA, AFEBRIL VOR, EN COMPAÑIA DE MADRE HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS TORAX: SIMÉTRICO, MP+, SRA, RR2T NAS ABDOMEN: SENSIBLE A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN EPIGASTRO, 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 (EXPLICÓ) 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 las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.