



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15608862

ADMISION: 16/05/2025 00:47		INICIO DE ATENCION: 16/05/2025 01:45		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: CONSTANZA BELEN RIVERA RIVERA		RUT :	23101082 - 3	TELEFONO:	35567482 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE VALLE LARGO N° 3149, PARQUE COMUNA: COSTANERA 2 TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 15 años 9 meses 4 dias (12/08/2009)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A
SIGNOS VITALES					
Hora :	16/05/2025 00:51				
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	102 [mmHg]				
Presión Diastólica:	58 [mmHg]				
Frecuencia Cardíaca:	123 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	97 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucoset:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	5 ['x]				
Distresado:	NO	SI - NO			
Motivo de Consulta MADRE REF: VOMITOS , CEFALEA , DOLOR ABDOMINAL.					
Observaciones Categorización MAMA REF. CEFALEA INTENSA, DOLOR ABDOMINAL EPIGASTRIO , VOMITOS EXPLOSIVOS					
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"/> 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"/> Puntante <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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>: : :</p>	DIA	MES	AÑO			
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 Nº 15608862)

R104 : (En estudio) DOLOR ABDOMINAL

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

 Alta domicilio
 Sin control
 Destino:
 Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.

Categorización Cierre Atención

C4

Anamnesis e historia clínica

 RAM(+) AMOXICILINA
 AM: ASMA. CRISIS DE PANICO , EN ESTUDIO POR DOLOR CRONICO UTERO
 PESO: 50 KG

PACIENTE ACUDE AL PRESENTAR VOMITOS , CEFALEA , DOLOR ABDOMINAL, IRRITACION AL ORINAR, ATENDIDA EN SU CESFAM CON INDICACION DE EXAMENES LOS CUALES NO SE HA REALIZADO. NIEGA OTROS SINTOMAS.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESSIBLE, SENSIBLE A LA PALPACION EN EPIGASTRIO, SIN MASAS PALPABLES, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, MURPHY (-), BLUMBERG (-). PUÁFÁPERCUSION LUMBAR (+)

Procedimientos e indicaciones en box

 ONDANSETRON 4MG BOLO EV
 KETOPROFENO 200MG + 200 ML SF EV

Procedimientos

 INYECCION ENDOVENOSA
 TOMA DE MUESTRA DE SANGRE VENOSA EN ADULTOS
 TOMA DE EXAMENES ORINA
 ADMINISTRACION FLEBOCLISIS

Indicaciones al alta

REPOSO EN DOMICILIO 4 DIA

 HIDRATACION ABUNDANTE
 REGIMEN LIVIANO (EVITAR ALIMENTOS GRASOS, MUY CONDIMENTADOS, PICANTES, FRITURAS, BEBIDAS GASEOSAS, ALCOHOL, TABACO, EMBUTIDOS.)
 (COMPRAR) METAMIZOL 300MG 1 COMP C/8H POR 3DIAS
 ATROPIN/PAPAVERINA 0.5/40MG 1/2 CADA 8 HORAS POR 3DIAS
 METOCLOPRAMIDA 10MG 1 COMP C/8H POR 3 DIAS
 CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SINTOMATOLOGIA
 CONSULTAR URGENCIAS SOS (SE EDUCA SOBRE SIGNOS DE ALARMA)"

Envio a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU Nº 15608862)

Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario
16/05/2025 02:26		OBSERVACION	

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15608862)

RAFAEL JOAQUIN BUITRAGO HOLMQUIST
MEDICO APS
25839355-4