



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15608862

ADMISSION: 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 COSTANERA 2 TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 15 años 9 meses 4 días (12/08/2009)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A
<b>SIGNOS VITALES</b>					
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:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA A - V - D - I			
Dolor, EVA:		5 [x]			
Distresado:		NO SI - NO			
<b>Motivo de Consulta</b>					
MADRE REF: VOMITOS , CEFALEA , DOLOR ABDOMINAL.					
<b>Observaciones Categorización</b>					
MAMA REF. CEFALEA INTENSA, DOLOR ABDOMINAL EPIGASTRIO , VOMITOS EXPLOSIVOS.					
<b>Funcionario Que Atiende</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matró(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					
<b>Origen de la Procedencia</b>					
DOMICILIO					
<b>Otros Datos</b>					
* NINGUNO					
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>					
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<b>DIA MES AÑO</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<b>Hora aproximada del hecho</b>	
<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					
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>					
<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					
<b>Diagnóstico (DAU N° 15608862)</b>					
R104 : (En estudio) DOLOR ABDOMINAL					
<b>Anamnesis e historia clínica</b>					
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, DEPRESIBLE, SENSIBLE A LA PALPACION EN EPIGASTRIO, SIN MASAS PALPABLES, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, MURPHY (-), BLUMBERG (-). PUÁ/ÁOPERCUSION LUMBAR (+)					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>					
ONDANSETRON 4MG BOLO EV					
KETOPROFENO 200MG + 200 ML SF EV					
<b>Procedimientos</b>					
INYECCION ENDOVENOSA					
TOMA DE MUESTRA DE SANGRE VENOSA EN ADULTOS					
TOMA DE EXAMENES ORINA					
ADMINISTRACION FLEBOCLISIS					
<b>Indicaciones al alta</b>					
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					
ATROPINA/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)*					
<b>Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 15608862)</b>					
<b>Fecha Envío</b>		<b>Fecha Regreso</b>		<b>Tipo</b>	<b>Comentario</b>
16/05/2025 02:26				OBSERVACION	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15608862)</b>					
RAFAEL JOAQUIN BUITRAGO HOLMQUIST					
MEDICO APS					
25839355-4					

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.