



SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

Folio N°


 Fecha Solicitud
10/04/2019
Hora 20:02:00

Centro de Salud Centro de Salud Metropolitano Norte	Establecimiento SAPU Presidente Salvador Allende
Especialidad	Unidad Urgencias

I. DATOS DEL (DE LA) PACIENTE

Apellido Paterno VALLE	Apellido Materno VERA	Nombres ALLISON KARINA			
Edad 22 años 11 meses y 13 días	Sexo FEMENINO	Fecha de Nacimiento:	28/04/1996	Fono Móvil:	986593877
Dirección:	PSAJE MORDEJAI 0232 VILLA JARDINES	Comuna:	Quilicura	Fono Fijo:	222589590
Correo Electrónico:					

II. DATOS CLINICOS

Deriva para atención en:	Hospital San José
Especialidad:	
Envía a consulta para:	Confirmación diagnóstica
Hipótesis Diagnóstica :	OBS PIELONEFRITIS AGUDA, Sospecha GES: ☒ No ☐ Si
Antecedentes:	PACTE REFIRE CC+- 4 DIAS DOLOR ABDOMINAL INFERIOR IZQUIERDO, VOMITOS, NO DIARREAS, SIN CONTROL DE TEMPERATURA, VISTA EN URGENCIA PRIMER DIA CON MEJORIA A TTO EV ANALGESICO, AGUDIZADO HACE 24H VOMITOS, DOLOR ABDOMINAL AUTOMEDICO 3 DIAS DE NITROFURANTOINA POR DISURIA, POLAQUIURIA, CLOTE, ESTABLE, SIN FOCALIDAD NEUROLOGICA, GLASGOW 15/15
Examen Mental/Físico:	ABD= BLANDO DEPRESIBLE RS HS PRESENTES SIN IRRITACION PERITONEAL, DOLOR ABDOMINAL IZQUIERDO, PUÑOPERCUSION POSITIVA A IZQUIERDA
Indicaciones / Medicamentos en Box:	Receta Médica:
DERIVACION H SAN JOSE PARA VALORACION MAYOR COMPLEJIDAD Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS Amizol (sodico) 1 Gr/2 Ml Solucion Inyectable 1 Geverina (Clorhidrato) 5 Mg/ml Solucion Inyectable / Viadil Inyectable 1	

III. DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido Paterno: Alonso	Apellido Materno: Macias	Nombre: Alonso
Profesional:	25195730-4	Firma Profesional

Valoración: Prueba Híemex 12/04/15

Estadística II

	DATO DE ATENCION DE URGENCIA	NUMERO DE ATENCION 86367
	SAPU Presidente Salvador Allende Servicio de Salud Metropolitano Norte	Fecha: 10/04/2019 Hora Ingreso: 20:02
Paciente:	ALLISON KARINA DEL VALLE VERA	
Rut:	19342473-2	Edad: 22 años 11 meses y 13 días
Dirección:	PSAJE MORDEJAI 0232 VILLA JARDINES	Fecha Nacimiento: 28/04/1996
Fono Fijo: 222589590	Fono Móvil: 986593877	Sexo: F
		Comuna: Quilicura
		PRAIS: NO
		Prevision: FONASA D
		Nacionalidad: Ch
		Pais de Origen: Ch

INGRESO DE URGENCIA

Motivo: DOLOR ABDOMINAL IZQUIERDO VÓMITOS. Desde hace 1 Días							
Procedencia:	Domicilio	Establecimiento:		Evento:		Modo de llegada:	Propios Medios
Acompañante:	BLANCA	Parentesco:	Madre	Teléfono:			

ATENCION DE TRIAGE

Motivo: DOLOR ABDOMINAL IZQUIERDO VÓMITOS	Priorización: C5
---	--------------------------------

Signos Vitales

Fecha:	Hora:	Temp.:	Pulso:	PA:	FR:	SPO2:	HGT:	☒ Conciente ☐ Inconsciente	Respiración: ☒ Respira ☐ No
10/04/2019	20:09:00	36.6	60	160/90		98		Respira	Control Esfínteres: ☐ Voluntario ☐ Involuntario

Observaciones:	Medicamentos que esta ingiriendo:
Alergias: NO ALERGICO	Antecedentes Mórbidos: ASMA ALERGIAS= NO

ATENCION MEDICA**Hora Inicio Atención:** 22:58:00 **Box Atención:** 3**Anamnesis:**

PACTE REFIRE CC+- 4 DIAS DOLOR ABDOMINAL INFERIOR IZQUIERDO, VOMITOS, NO DIARREAS, SIN CONTROL DE TEMPERATURA, VISTA EN URGENCIA PRIMER DIA CON MEJORIA A TTO EV ANALGESICO, AGUDIZADO HACE 24H VOMITOS, DOLOR ABDOMINAL AUTOMEDICO 3 DIAS DE NITROFURANTOINA POR DISURIA, POLAQUIURIA, CLOTE, ESTABLE, SIN FOCALIDAD NEUROLOGICA, GLASGOW 15/15

Diagnóstico: Sospecha GES: ☒ No ☐ Si
Obs Pielonefritis Aguda, Sospecha GES: ☒ No ☐ Si

Hechos Relevantes:

ABD= BLANDO DEPRESIBLE RS HS PRESENTES SIN IRRITACION PERITONEAL, DOLOR ABDOMINAL IZQUIERDO, PUÑOPERCUSION POSITIVA A IZQUIERDA

Indicaciones/Observaciones:

1. DERIVACION H SAN JOSE PARA VALORACION MAYOR COMPLEJIDAD Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Medicamentos en Box:

Metamizol (sodico) 1 Gr/2 MI Solucion Inyectable 1 / Suministrado por: SANDRA ROJAS GOMEZ/Obs:ok 10/04/2019 23:09:00
Pargeverina (Clorhidrato) 5 Mg/ml Solucion Inyectable / Viadil Inyectable 1 / Suministrado por: Catalina Alarcón Espinoza/Obs:okl 10/04/2019 23:09:00

Receta Médica:

Alcoholemia:	Aprec. Medica:	Cons. Lesiones:	Procedimientos de Urgencia:
Hora	Sobrio ☐	S/L ☐	Sin Procedimientos
N° Frasco	Hálito Alcohólico ☐	Leves ☐	
P. Carab	Ebrio ☐	Medianas ☐	
	Estado de Coma ☐	Graves ☐	

Destino:

Derivación, Hospital
Hospital San José
Se envía para: Confirmación diagnóstica
Inicio la atención. Rut: 25195730-4 Alonso Briones Macias

Fecha Egreso: 10/04/2019 **Hora Egreso:** 23:09:00
Se entrega información y documentación al Paciente? Si

Atención cerrada por:

Firma
Dr (a). Alonso Briones Macias
Rut: 25195730-4

BENEFICARIO DE BASE DURETROPOLITANO NORTE

HOSPITAL CLINICO SAN JOSE

DATO DE ATENCION DE URGENCIA ADULTO

TURNO: I - II - III - IV - V - VOLANTE

NUM. SAM : 40019 ADMISIONISTA : ALFREDO S.

CTA. CORRIENTE : 8292904

00:37:15

ESI-5

NUM. DAU : 39628

NOMBRE : ALLISON KARINA DEL VALLE VERA

EDAD : 22

CP : 134261

NACIMIENTO : 28/04/1996

TELEFONO : 222589590

DIRECCION : PASAJE NORDEJAI VILLA JARDINES 0232

COMUNA : QUILICURA

PROCEDENCIA : DOMICILIO

NOTIVO DE CONSULTA : OBS PMA, SAPU SALVADOR ALLENDE

CLASE DE ATENCION : CONSULTA

RUT : 19.342.473-2

SEXO : FEMENINO

FECHA SUCESO: 11/04/2019 00:32

FECHA INGRESO: 11/04/2019 00:32

MEDIO LLEGADA: VOLANTE

PREVISION: FONIA

HORA:

HIPOTESIS DIAGNOSTICA DE INGRESO:

CAMILLA EN OBSERVACION

SI ☐

NO ☐

ALCOHOLEMIA

HRA

NUM. FASCCO:

TRATAMIENTO

ALERGICO A:

PROCEDIMIENTOS

HORA : 00:32:53

PULSO : 162

P.A. : 126/48

TEMP. : 36.2

HGT.

F.R. : 120

SATURACION : 98

ESTADO AL EGRESO

ESTABLE ☐

INESTABLE ☐

CRITICO ☐

FALLECIDO ☐

DESTINO

DOMICILIO ☐

HOSPITALIZACION ☐

MED. LEGAL ☐

OTRO ☐

PROMOSTICO MED. LEGAL. PROV.

LEVE ☐

MEDIANA GRAVEDAD ☐

GRAVE ☐

CONTROL EN:

C.D.T. ☐

CONSULTORIO ☐

OTRO ☐

OBSERVACIONES:

Relato verbal negativo,

HIPOTESIS DIAGNOSTICA AL EGRESO:

REQUIERIA ATENCION DE URGENCIA: SI ☐ NO ☐

MEDICO QUE AUTORIZA EL

HORA DE EGRESO: