



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15504610

100 A

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|--------------|---|--------------------|---------------------------|-----|-----|--|--|--|
| ADMISION: 13/04/2025 12:12 | | INICIO DE ATENCION: 13/04/2025 12:29 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | | | | | | | |
| NOMBRE: DANIELA POLETH CANTERO GARCES | | RUT: | 22948044 - 8 | TELEFONO: | 67056282 (CELULAR) | | | | | | |
| DIRECCION: FAJA MAISAN KM 30 | | PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | | | | | | |
| COMUNA: PITRUFQUEN | | DECLARADO: | | PREVISION: FONASA - B | | | | | | | |
| EDAD: 16 años 1 meses 28 días (16/02/2009) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | | | | | | | | | |
| SIGNOS VITALES | | | | | | | | | | | |
| Hora: | | 13/04/2025 12:12 | | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | | 37 [°C] | | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | | 116 [mmHg] | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | | 69 [mmHg] | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardíaca: | | 85 [x] | | | | | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | | | | | | | |
| Saturometría: | | 99 [%] | | | | | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | | ALERTA | | A - V - D - I | | | | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | | | | | | | |
| Distresado: | | NO | | SI - NO | | | | | | | |
| Motivo de Consulta DOLOR ABDOMINAL DE ANOCHE | | | | | | | | | | | |
| Observaciones Categorización DOLOR ABDOMINAL DE ANOCHE | | | | | | | | | | | |
| Funcionario Que Atiende | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médico | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Odontólogo | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Matron(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"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | DIA | MES | AÑO | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente laboral | | <input type="checkbox"/> Cortante | | <table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3"></td></tr></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° 15504610) K805 : (En estudio) COLICO BILIAR | | | | | | | | | | | |
| Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4 | | | | | | | | | | | |
| Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | | | | | | | | | |
| Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información. | | | | | | | | | | | |
| Categorización Cierre Atención C4 | | | | | | | | | | | |
| Anamnesis e historia clínica AM NO ALERGIAS NO 59 KILOS CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL DESDE 12:00 PM DE AYER, EPIGASTRICO, DEPOSICION NORMAL, NAUSEAS - VOMITOS AYER COME QUESO DERRETIDO, SIN FIEBRE. SIN SINTOMAS RESP EPISODIO PREVIO SIMILAR EF HD ESTABLE AFEBRIL MUCOSAS ROSADAS ANICTERICA MP+SRA RR2T S/S ABD RHA+ BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO EN EPIGASTRIO, SIN MASAS BLUMBERG NO. | | | | | | | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box | | | | | | | | | | | |
| Indicaciones al alta REPOSO EN CASA <i>3-4 días</i> REGIMEN LIVIANO SIN GRASAS. CONTROL DE T° CADA 8 HORAS. - OMPERAZOL 1 COMP EN LA MAÑANA - DOLOSPAM 1 COMP CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR ABDOMINAL COLICO. CONSULTA SOS | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15504610) CATHERINE PAMELA SAGREDO TORRES MEDICO APS 18485334-5 | | | | | | | | | | | |

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 provisional, 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.