



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR PERQUENCO

NUMERO DE ATENCION: 15815432

II°B

ADMISSION: 20/07/2025 18:09		INICIO DE ATENCION: 20/07/2025 18:16		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: KATHALINA GINETTE GUZMÁN ZAMBRANO		RUT: 23249483 - 2		TELEFONO: 36575598 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE CARRERA N° 785		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: PERQUENCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 15 años 5 meses 12 días (08/02/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

SIGNOS VITALES		
Hora :	20/07/2025 18:10	
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	132 [mmHg]	
Presión Diastólica:	82 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	76 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
DOLOR ABDOMINAL Y VOMITOS	
Observaciones Categorización	
DOLOR ABDOMINAL Y VOMITOS	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : ADULTO
<input type="checkbox"/> Médico	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	
<input type="checkbox"/> Matron(a)	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input checked="" type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
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	Hora 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				<table border="1"><tr><td>:</td></tr></table>	:
DIA	MES	AÑO								
:										
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante									
<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										

Diagnóstico (DAU N° 15815432)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
R104 : (En estudio) DOLOR ABDOMINAL	C5
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM(-) ALERGIAS(-) CONDICION: TEA PCTE TRAIDA POR PADRE POR DOLOR ABDOMINAL Y VOMITOS DE 3 DIAS DE EVOLUCION AL EX; ABD BLANDO DEPRESIBLE DOLOR DIFUSO RHA AUMENTADOS MUCOSAS HIDRATADAS AFEBRIL ANICTERICA SIN BLUMBERG	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente
Reposo en Domicilio x 3 días	Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención
DOLOSPAM 1C/8 HRS X3 DIAS DOMPERIDONA 10 MG 1C/8 HRS X3 DIAS SRO 90 FRACCIONADA CONTROL MEDICO EN POLICLINICO URGENCIAS SOS	C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15815432)	
LINA COLICOI CHEUQUEPIL TECNICO PARAMEDICO 14034119-3	