



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: **SUR PERQUENCO**

NUMERO DE ATENCION: 15815432

$\pi^0 B$

ADMISION: 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	TELÉFONO:	36575598 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE CARRERA N° 785 COMUNA: PERQUEÑO EDAD: 15 años 5 meses 12 dias (08/02/2010)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	MAPUCHE MUJER (FEMENINA)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	FONASA - B
SIGNS VITALES					
Hora :	20/07/2025 18:10				
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	132 [mmHg]				
Presión Diastólica:	82 [mmHg]				
Frecuencia Cardiaca:	76 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	100 [%]				
Latidos Cardio - 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					
<input type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO				
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO				
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA				
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)					
<input checked="" type="checkbox"/> Técnico Paramédico					
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo					
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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante				:
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Puntante				
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-puntante				
<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 Nº 15815432) R104 : (En estudio) DOLOR ABDOMINAL					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda					
<input type="checkbox"/> C5					
Condición del paciente al cierre de atención					
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo					
<input type="checkbox"/> Fallecido					
Destino Inmediato del Paciente					
Alta domicilio					
Con indicación de tratamiento en su estab.					
Destino:					
Fecha de Indicación Sin Información.					
Hospitalización:					
Categorización Cierre Atención					
<input type="checkbox"/> C5					
Procedimientos e indicaciones en box					
Reposo en Domicilio x 3 días.					
Indicaciones al alta					
DOLOSPAM 1C/8 HRS X3 DIAS DOMPERIDONA 10 MG 1C/8 HRS X3 DIAS SRO 90 FRACCIONADA CONTROL MEDICO EN POLICLINICO URGENCIAS SOS					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15815432)					
LINA COLICOI CHEQUEPIL TECNICO PARAMEDICO 14034119-3					

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.