

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR HUALPIN

NUMERO DE ATENCION: 15824894

TVB

ADMISION: 23/07/2025 16:30		INICIO DE ATENCION: 23/07/2025 17:56		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: DAYANA ELIZABETH CURIMAN TORRES		RUT :	22434448 - 1	TELEFONO:	62506168 (CELULAR)				
DIRECCION: CALLE ALESSANDRI #248		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
COMUNA: TEODORO SCHMIDT		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A				
EDAD: 18 años 0 meses 19 dias (04/07/2007)									
<b>SIGNS VITALES</b>									
Hora :	23/07/2025 16:31		Motivo de Consulta — VOMITOS DOLOR DE CABEZA MAREOS						
Temperatura Axilar:			Observaciones Categorización — VOMITOS DOLOR DE CABEZA MAREOS						
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:	108 [mmHg]								
Presión Diastólica:	68 [mmHg]								
Frecuencia Cardiaca:	94 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometria:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I	Funcionario Que Atiende						
Dolor, EVA:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO					
Distresado:	SI - NO	SI - NO	<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	Origen de la Procedencia	DOMICILIO				
			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	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"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <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	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
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 Nº 15824894) —									
A090 : (En estudio) GASTROENTERITIS AGUDA									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda									
<table border="1"> <tr> <td>C4</td> </tr> </table>						C4			
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 <input type="checkbox"/> Sin Indicación <input type="checkbox"/> Información. Hospitalización:									
Categorización Cierre Atención									
<table border="1"> <tr> <td>C4</td> </tr> </table>						C4			
C4									
Procedimientos e indicaciones en box									
SE ADMINISTRA EN BOX									
250 CC DE SOL 0.9 % EV STAT									
METOCLOPRAMIDA 10 MG EV STAT									
PARGEVERINA 5 MG EV STAT									
METAMIZOL 1 G EV STAT									
Indicaciones al alta									
51171806-140-3-24 METOCLOPRAMIDA 10 MG COMPRIMIDO 1 UNIDAD CADA 24 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL 3 SEGÚN INDICACIÓN									
51151616-91-3-24 ATROPINA SULFATO 0,5 MG + PAPAVERINA 40 MG COMPRIMIDO 1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL 9 SEGÚN INDICACIÓN									

RECOMENDACIONES GENERALES:

DIETA LIVIANA

BUENA HIDRATACIÓN CON LÍQUIDOS FRACCIONADOS

REPOSO

RECONSULTAR SI PRESENTA FIEBRE, VÓMITOS PERSISTENTES, DOLOR ABDOMINAL SEVERO O SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN

CONTROL POR POLICLÍNICO

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15824894)

ERIC LINCOPI HUAQUILA  
TECNICO PARAMEDICO  
14217202-K

MERCEDES VILLASANA VILLASANA  
MEDICO APS  
28237685-7

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.

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR HUALPIN

NUMERO DE ATENCION: 15822551

ADMISION: 22/07/2025 19:19

INICIO DE ATENCION: 22/07/2025 19:38

MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS

NOMBRE: DAYANA ELIZABETH CURIMAN TORRES  
 DIRECCION: CALLE ALESSANDRI #248  
 COMUNA: TEODORO SCHMIDT  
 EDAD: 18 años 0 meses 18 dias (04/07/2007)

RUT : 22434448 - 1  
 PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:  
 SEXO (GÉNERO):

MAPUCHE  
 MUJER  
 (FEMENINA)

TELÉFONO: 62506168  
 PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):  
 PREVISION:

(CELULAR)  
 FONASA - A

## SIGNOS VITALES

Hora :	22/07/2025 19:20	
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	105 [mmHg]	
Presión Diastólica:	77 [mmHg]	
Frecuencia Cardiaca:	60 ['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

FIEBRE / VÓMITOS / DIARREA / MAREOS.-

## Observaciones Categorización

FIEBRE / VÓMITOS / DIARREA / MAREOS.-

## Funcionario Que Atiende

- Médico
- Odontólogo
- Matrón(a)
- Enfermero(a)
- Técnico Paramédico
- 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

- Accidente de tránsito
- Accidente laboral
- Accidente escolar
- Accidente doméstico
- Accidente en la vía pública
- Agresión
- Riña
- Violencia intrafamiliar
- Mordedura de perro
- Agresión sexual
- Otro
- Accidente Incendio
- Accidente Terremoto
- Accidente Erupción
- Accidente Tsunami

## Elemento Causante

- Contundente
- Cortante
- Punzante
- Corto-punzante
- Arma de Fuego
- Explosión
- Calor
- Frío
- Otro

## Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

Hora aproximada del hecho
:

## Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- Paciente sin lesiones
- Leve (0 - 14 días)
- Mediana Gravedad (15 - 29 días)
- Grave (30 días o más)
- Se requieren exámenes complementarios

## — Diagnóstico (DAU Nº 15822551) —

A09X : GASTROENTERITIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo
- Fallecido

## Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
 Sin control  
 Destino:  
 Fecha de Indicación Sin Información Hospitalización:

## Categorización Cierre Atención

C4

## — Anamnesis e historia clínica —

MOTIVO DE CONSULTA: FIEBRE, VÓMITOS, DIARREA Y MAREOS

ANTECEDENTES RELEVANTES: SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NI ALERGIAS CONOCIDAS. NO USO DE MEDICAMENTOS HABITUALES.

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS QUE PRESENTA CUADRO DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR FIEBRE AUTOLIMITADA, VÓMITOS EN 2 OCASIONES, DIARREA LÍQUIDA EN 3 OPORTUNIDADES Y SENSACIÓN DE MAREO. REFIERE DEBILIDAD GENERAL, MOTIVO POR EL CUAL ACUDE

## EXAMEN FÍSICO:

SIGNS VITALES: FC: 60 LPM | PA: 105/77 MMHG | SATO2: 99%  
 GENERAL: ALERTA, CONSCIENTE, BUEN ESTADO GENERAL, LEVE ASTENIA  
 SISTEMA RESPIATORIO: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADO  
 SISTEMA CARDIOVASCULAR: RÍTMICO, SIN SOPLOS  
 ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES  
 NEUROLÓGICO: ALERTA, SIN FOCALIDAD NEUROLÓGICA

## — Procedimientos e indicaciones en box —

SE ADMINISTRA EN BOX

100 CC DE SOL 0.9 % EV STAT  
 METOCLOPRAMIDA 10 MG EV STAT  
 PARGEVERINA 5 MG EV STAT  
 METAMIZOL 1 G EV STAT

**Medicamentos administrados en Box**

- 1 - MILIGRAMOS (MG) - METAMIZOL SODICO AMP 1000 MG/2 ML [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA)  
1 - MILIGRAMOS (MG) - METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML (5 MG/ML) INYECTABLE [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA)  
1 - MILIGRAMOS (MG) - PARGEVERINA CLORHIDRATO 5 MG/ML AM UNIDAD [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA)

**Indicaciones al alta**

ATROFOPINA SULFATO 0,5 MG + PAPAVERINA 40 MG COMPRIMIDO 1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL

**RECOMENDACIONES GENERALES:**

DIETA LIVIANA, FRACCIONADA, EVITANDO IRRITANTES GÁSTRICOS  
HIDRATACIÓN FRECUENTE CON AGUA O SUERO ORAL  
RECONSULTAR SI FIEBRE MAYOR A 38.5 °C, DIARREA PERSISTENTE >3 DÍAS, SANGRE EN DEPOSICIONES, O VÓMITOS INCOERCIBLES  
CONTROL POR POLICLÍNICO

**Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15822551)**

MARIA MANQUEPILLAN OPAGO  
TECNICO PARAMEDICO  
16632459-9

MERCEDES VILLASANA VILLASANA  
MEDICO APS  
28237685-7

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.

**RECETA MÉDICA N° 40250704**

DATOS RECETA			
Establecimiento	SUR HUALPIN	Procedencia	URGENCIA
Tipo Atención	MORBILIDAD	Cuenta Corriente	SIN INFORMACIÓN
Tipo Receta	NORMAL	Fecha Digitación	23/07/2025 18:04
N° DAU	15824894		

PACIENTE			
Nombre	DAYANA ELIZABETH CURIMAN TORRES	RUN	22434448-1
Edad	18 A 0 M 19 D, Fecha Nacimiento: 04/07/2007	Previsión	FONASA - A
Domicilio	CALLE ALESSANDRI #248, TEODORO SCHMIDT	Ficha	SIN INFORMACIÓN

PRESCRIPCIÓN		
Producto		Cantidad
1.-METOCLOPRAMIDA 10 MG COMPRIMIDO	1 UNIDAD CADA 24 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL, <b>Observación:</b> SEGÚN INDICACIÓN	3
2.-ATROPIN SULFATO 0,5 MG + PAPAVERINA 40 MG COMPRIMIDO	1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL, <b>Observación:</b> SEGÚN INDICACIÓN	9

MERCEDES VILLAZANA VILLAZANA  
 MEDICINA GENERAL  
 28237685-7

Digitación		Preparación	
Rotulación		Entrega	
NOMBRE Y RUT persona que retira			

**Está estrictamente prohibida la venta de estos medicamentos y/o alimentos. En caso de no usar estos, devuélvase a la Unidad de Farmacia.**