



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: PTO.SAAVEDRA HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15595827

DIA

ADMISION: 12/05/2025 13:27		INICIO DE ATENCION: 12/05/2025 13:54		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: ADMILLA DEL PILAR VENEGAS CASTRO		RUT :	23146445 - K	TELEFONO:	37321799 (CELULAR)																																							
DIRECCION: SECTOR MILLAHUECO COMUNA: SAAVEDRA EDAD: 15 años 7 meses 5 dias (07/10/2009)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	MAPUCHE MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:																																								
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>12/05/2025 13:35</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.5 [°C]</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>133 [mmHg]</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>53 [mmHg]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>85 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</td><td></td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	12/05/2025 13:35		Temperatura Axilar:	36.5 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:	133 [mmHg]		Presión Diastólica:	53 [mmHg]		Frecuencia Cardiaca:	85 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	12/05/2025 13:35																																											
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:	133 [mmHg]																																											
Presión Diastólica:	53 [mmHg]																																											
Frecuencia Cardiaca:	85 ['x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometría:	98 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																										
Motivo de Consulta MADRE SOLICITA CONSULTA CON MATRONA.																																												
Observaciones Categorización MADRE SOLICITA CONSULTA CON MATRÓN.																																												
Funcionario Que Atiende <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input checked="" type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		Tipo de Consulta : GINECO-OBSTETRICA 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 <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <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 </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td colspan="3"> <table border="1"> <tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="3">:</td></tr> </table> </td> </tr> </table>						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	<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 colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="3">:</td></tr> </table>			Hora aproximada del hecho			:																				
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	<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 colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="3">:</td></tr> </table>			Hora aproximada del hecho			:																													
DIA	MES	AÑO																																										
Hora aproximada del hecho																																												
:																																												
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 15595827) Q838 : (En estudio) ASIMETRIA MAMARIA																																												
Resultado aplicación protocolo selector de demanda 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 Hospitalización: Información.																																												
Categorización Cierre Atención C5																																												
Anamnesis e historia clínica ADOLESCENTE CONSULTA CON SU MADRE POR BULTO EN MAMA DERECHA, DE LARGA DATA, DESDE MARZO 2025 APROXIMADAMENTE. AMP: ALERGICA AL GLUTEN CX: NO REFIERE ALERGIAS: IBUPROFENO AINES EN GENERAL. MENARQUIA: 11 AÑOS FUR: 21-04-2025 CICLO: III(IV /30 NO HA INICIADO ACTIVIDAD SEXUAL																																												
Procedimientos e indicaciones en box EFM MAMAS BLANDAS, SIMÉTRICAS, PALPO IRREGULARIDAD EN CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO, 1 BORDE BIEN DELIMITADO, ZONA ALARGADA DE 3 CM QUE PRESENTA INFLAMACIÓN, RESTO NADA ESPECIAL. NO TIENE COMPORTAMIENTO CÍCLICO.																																												
Indicaciones al alta ECOGRAFÍA MAMARIA, SE SUGIERE REALIZARLO DE FORMA PARTICULAR PARA TENER UN PRONTA RESPUESTA.																																												
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15595827) VERONICA ADRIANA MARDONES MUÑOZ MATRON(A) 17378235-7																																												

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.
La información dada es de carácter general y no sustituye la consulta médica, 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.

Verónica Mardones Muñoz

17.378.235-7

Matrona