

I<sup>o</sup>B

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15919778

ADMISION: 19/08/2025 09:00		INICIO DE ATENCION: 19/08/2025 09:08		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																																																															
NOMBRE: MARTINA LAURA IGNACIA MOUAT ROJAS		RUT : 23418907 - 7		TELEFONO: 71443774 (CELULAR)																																																																															
DIRECCION: LAS TENCAS 1531 COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 14 años 11 meses 11 dias (08/09/2010)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - C																																																																															
<b>SIGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>19/08/2025 09:01</td> <td>19/08/2025 09:44</td> <td colspan="3"> <b>Motivo de Consulta</b>            FLUJO NO RESPIRATORIO (MIRAFLORES)         </td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36 [°C]</td> <td>35.9 [°C]</td> <td colspan="3"> <b>Observaciones Categorización</b>            MADRE REFIERE DOLOR ABDOMINAL , CEG, COLURIA ? , NIEGA DOLOR LUMBAR         </td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>75 ['x]</td> <td>83 ['x]</td> <td colspan="3"> <b>Funcionario Que Atiende</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Médico  <input type="checkbox"/> Odontólogo  <input type="checkbox"/> Matrón(a)  <input type="checkbox"/> Enfermero(a)  <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico  <input type="checkbox"/> Kinesiólogo         </td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td>18 ['x]</td> <td colspan="3"> <b>Tipo de Consulta</b> : INFANTIL  <b>Atención Manifestación Social</b>: NO  <b>Tipo de Paciente</b>: NO APLICA         </td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>98 [%]</td> <td>99 [%]</td> <td colspan="3"> <b>Origen de la Procedencia</b>            DOMICILIO         </td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardíaco - Fetales:</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"> <b>Otros Datos</b>            * NINGUNO         </td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDI):</td> <td>ALERTA</td> <td>ALERTA</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td>4 ['x]</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>SI - NO</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>						Hora :	19/08/2025 09:01	19/08/2025 09:44	<b>Motivo de Consulta</b> FLUJO NO RESPIRATORIO (MIRAFLORES)			Temperatura Axilar:	36 [°C]	35.9 [°C]	<b>Observaciones Categorización</b> MADRE REFIERE DOLOR ABDOMINAL , CEG, COLURIA ? , NIEGA DOLOR LUMBAR			Temperatura Rectal:						Presión Sistólica:						Presión Diastólica:						Frecuencia Cardiaca:	75 ['x]	83 ['x]	<b>Funcionario Que Atiende</b> <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo			Frecuencia Respiratoria:		18 ['x]	<b>Tipo de Consulta</b> : INFANTIL <b>Atención Manifestación Social</b> : NO <b>Tipo de Paciente</b> : NO APLICA			Saturometría:	98 [%]	99 [%]	<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO			Latidos Cardíaco - Fetales:			<b>Otros Datos</b> * NINGUNO			Hemoglucotest:						Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA				Dolor, EVA:	4 ['x]					Distresado:	NO	SI - NO			
Hora :	19/08/2025 09:01	19/08/2025 09:44	<b>Motivo de Consulta</b> FLUJO NO RESPIRATORIO (MIRAFLORES)																																																																																
Temperatura Axilar:	36 [°C]	35.9 [°C]	<b>Observaciones Categorización</b> MADRE REFIERE DOLOR ABDOMINAL , CEG, COLURIA ? , NIEGA DOLOR LUMBAR																																																																																
Temperatura Rectal:																																																																																			
Presión Sistólica:																																																																																			
Presión Diastólica:																																																																																			
Frecuencia Cardiaca:	75 ['x]	83 ['x]	<b>Funcionario Que Atiende</b> <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																																																																
Frecuencia Respiratoria:		18 ['x]	<b>Tipo de Consulta</b> : INFANTIL <b>Atención Manifestación Social</b> : NO <b>Tipo de Paciente</b> : NO APLICA																																																																																
Saturometría:	98 [%]	99 [%]	<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																																																																
Latidos Cardíaco - Fetales:			<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																																																																
Hemoglucotest:																																																																																			
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA																																																																																	
Dolor, EVA:	4 ['x]																																																																																		
Distresado:	NO	SI - NO																																																																																	
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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"/> Frío  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>: Hora aproximada del hecho</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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO						: 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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO																																																																														
					: Hora aproximada del hecho																																																																														
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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																																																																									
<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																																																																																			
<b>Diagnóstico (DAU N° 15919778)</b> G439 : (En estudio) MIGRAÑA																																																																																			
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4																																																																																			
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Vivo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fallecido</td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Vivo	<input type="checkbox"/> Fallecido																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo																																																																																			
<input type="checkbox"/> Fallecido																																																																																			
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.																																																																																			
<b>Categorización Cierre Atención</b> C4																																																																																			
<b>EXAMEN FISICO</b> GENERAL: ALERTA, COOPERADORA, LLENA CAPILAR <2 SEG ORL: FARINGE NORMOCOLOREADA SIN PLACAS DE PUS TORAX: MP (+) SRA, RR2TSS ABDOMEN: RHA (+) BDI NO SE PALPAN MASAS NEURO: PARES CRANEALES INDEMNES. SIN FOCALIDAD. (10:23) REFIERE DISMINUCION DE DOLOR, SE VE DE MEJOR ANIMO INT CAMILA VASQUEZ																																																																																			

**Procedimientos e indicaciones en box**

CSV  
KETOROLACO 1 AMP

**Procedimientos****ADMINISTRACION FLEBOCLISIS****Medicamentos administrados en Box**

1 - UNIDAD - KETOROLACO AMP 30 MG/ML [AMPOLLA] - (ENDOVENOSA)

**Indicaciones al alta**

REPOSO EN DOMICILIO POR HOY

ABUNDANTE HIDRATACION

EN CASO DE DOLOR DE CABEZA IBUPROFENO (400 MG): DAR 1 COMP MAX CADA 8 HORAS O PARACETAMOL (500 MG): 2 COMP MAX CADA 6 HRS

CALENDARIO DE CEFALEA Y SINTOMAS

SOLICITAR HORA EN CONSULTORIO CON PEDIATRIA

ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE PERDIDA DE CONSCIENCIA, CONVULSIONES, DOLOR QUE NO CEDE, VOMITOS EXPLOSIVOS O CUANDO SE ESTIME CONVENIENTE

**Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15919778)**

*Luisana Geolar Camarillo Bohorquez*  
LUISANA GEOLAR CAMARILLO BOHORQUEZ  
MEDICO APS 27.037.995-8  
27037995-8

*Valentina Pérez Belmar*  
VALENTINA PÉREZ BELMAR  
MEDICO ESPECIALISTA  
19305538-9

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.