



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 15925327

BPA

ADMISSION: 20/08/2025 17:32		INICIO DE ATENCION: 20/08/2025 19:50		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: VALENTINA JAQUELINE FREDES PEREZ		RUT :	23245065 - 7	TELEFONO:	93733457 (CELULAR)						
DIRECCION: CALLE LOS YUYOS N° 2631, VILLA LAS PRADERAS S/N TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 15 años 6 meses 12 días (08/02/2010)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A						
SIGNOS VITALES											
Hora :	20/08/2025 18:15										
Temperatura Axilar:	37.4 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:	125 [mmHg]										
Presión Diastólica:	56 [mmHg]										
Frecuencia Cardíaca:	122 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	97 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
Motivo de Consulta											
REF: VÓMITOS Y DOLOR ABDOMINAL DESDE HOY											
Observaciones Categorización											
REF: VÓMITOS Y DOLOR ABDOMINAL DESDE HOY											
Funcionario Que Atiende											
<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											
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		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
:											
<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											
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 N° 15925327)											
A090 : GASTROENTERITIS AGUDA											
Anamnesis e historia clínica											
ANTC: MADRE REFIERE SOPLO CARDIACO											
AM: NIEGA											
PACIENTE QUIEN ACUDE POR VÓMITOS ,DOLOR ABDOMINAL, DIARREA DESDE HOY MOTIVO POR EL CUAL SE VALORA											
Procedimientos e Indicaciones en box											
PARGEVERINA 1 AMP IM STAT											
METAMIZOL 1 AMP IM STAT											
Indicaciones al alta											
PARACETAMOL 500MG 1 COMP VO CADA 6 HORAS X3 DIAS											
IBUPROFENO 400MG 1 COMP VO CADA 8 HORAS X 3 DIAS											
SALES DE REHIDRATACION 1 SOBRE VO DIARIO X 3 DIAS											
PERENTERYL 1 COMP VO CADA 8 HORAS X 3-5 DIAS (COMPRAR)											
REPOSO X 3 DIAS											
SIGNOS DE ALARMA											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15925327)											
ERIK LUIS VÁSQUEZ PEREZ											
MÉDICO APS											
26819534-3											
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											
Sin control											
Destino:											
Fecha de Indicación											
Hospitalización:											
Sin Información.											
Categorización Cierre Atención											
C5											

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.