



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 15925327

B0A

ADMISION: 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):													
COMUNA: 15 años 6 meses 12 dias (08/02/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - A													
<b>SIGNS VITIALES</b>																
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:																
Hemoglucoset:																
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I														
Dolor, EVA:																
Distresado:	NO	SI - NO														
<b>Motivo de Consulta</b> REF: VÓMITOS Y DOLOR ABDOMINAL DESDE HOY																
<b>Observaciones Categorización</b> REF: VÓMITOS Y DOLOR ABDOMINAL DESDE HOY																
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td>Tipo de Consulta : ADULTO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td>Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td></td></tr> </table>					<input checked="" 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 type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
<input checked="" 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 type="checkbox"/> Técnico Paramédico																
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO <b>Otros Datos</b> * NINGUNO																
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>																
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>														
<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											
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td>:</td></tr> </table>									:							
			:													
<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° 15925327)</b> <b>A090 : GASTROENTERITIS AGUDA</b>																
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="checkbox"/> C5																
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <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> <input type="checkbox"/> CS																
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15925327)</b>  ERIK LUIS VASQUEZ PEREZ MEDICO APS 26819534-3																

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.