



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: CARAHUE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15863937

III/B

ADMISSION: 04/08/2025 09:57		INICIO DE ATENCION: 04/08/2025 10:02		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: CELESTE ALEJANDRA TUREO PAILLAL		RUT :	22892090 - 8	TELEFONO:	44446635 (CELULAR)																												
DIRECCION: SECTOR LLAGUEPULLI COMUNA: TEODORO SCHMIDT EDAD: 16 años 9 meses 0 dias (04/11/2008)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:  SEXO (GÉNERO):	MAPUCHE  MUJER (FEMENINA)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):  PREVISION:																													
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>04/08/2025 09:58</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36,5 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>133 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>69 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>62 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucoset:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	04/08/2025 09:58	Temperatura Axilar:	36,5 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	133 [mmHg]	Presión Diastólica:	69 [mmHg]	Frecuencia Cardíaca:	62 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometria:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucoset:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:	A - V - D - I	Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	04/08/2025 09:58																																
Temperatura Axilar:	36,5 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:	133 [mmHg]																																
Presión Diastólica:	69 [mmHg]																																
Frecuencia Cardíaca:	62 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometria:	99 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucoset:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:	A - V - D - I																																
Distresado:	SI - NO																																
	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> BULTO EN ZONA GENITAL.																																	
<b>Observaciones Categorización</b> BULTO EN ZONA GENITAL.																																	
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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																																	
<b>Tipo de Consulta</b> : GINECO-OBSTETRICA Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																	
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																	
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																	
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></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> <table border="1"> <tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="2">:</td></tr> </table> </td> </tr> </table>						<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"/> 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> <table border="1"> <tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="2">:</td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho		:													
<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"/> 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> <table border="1"> <tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="2">:</td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho		:																						
DIA	MES	AÑO																															
Hora aproximada del hecho																																	
:																																	
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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 Nº 15863937)</b> N764 : (En estudio) ABSCESO VULVAR																																	
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4																																	
<b>Anamnesis e historia clínica</b> ACUDE POR BULTO EN GENITALES DESDE HACE DOS MESES, REFIERE CRECIMIENTO CON DOLOR AL ROCE. NO REFIERE PERDIDA DE FLUJO  NULIGESTA MAC: NO FUR: 01/08/25 AMP: ANEMIA (2019) FARMACOS: FERRAMIN IAS: SI PAREJA: NO																																	
<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 .      Sin Indicación      Información, Hospitalización:																																	
<b>Categorización Cierre Atención</b> C4																																	
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> EXAMEN GINECOLOGICO A LA INSPECCION SE OBSERVA ABSCESO DE LA PIEL EN TERCIO SUPERIOR DE LABIO MAYOR IZQUIERDO, DE 0.3 CM, SIN CALOR LOCAL, NI COLORACION ANORMAL NO DRENA AL SER PRESIONADO, SENSIBILIDAD +. GENITALES EXTERNOS CON RESIDUOS DE MENSTRUACION, SIN FLUJO PATOLOGICO.																																	
<b>Indicaciones al alta</b> - APLICAR PAÑOS TIBIOS EN ZONA GENITAL - ASEO GENITAL SOLO CON AGUA Y ROPA INTERIOR DE ALGODON - CONSULTA SOS EN CASO DE INCREMENTARSE MOLESTIAS - CONTROL HABITUAL CON MATRONA EN SU CENTRO DE SALUD - IBUPROFENO 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 2 DIAS VIA ORAL																																	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15863937)</b>  KARLA TORRES TORRES MATRONA 15880635-5																																	

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.