



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR TEODORO SCHMIDT

NUMERO DE ATENCION: 16224205

50A

ADMISION: 13/11/2025 20:35		INICIO DE ATENCION: 13/11/2025 21:25		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS													
NOMBRE: JOSEFA LEXIA BELEN AEDO VASQUEZ		RUT :	24791018 - 2	TELEFONO:	59983086 (CELULAR)												
DIRECCION: CALLE LAUTARO 160 S/N , TEODORO SCHMIDT SIN NUMERO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):													
COMUNA: TEODORO SCHMIDT		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - C												
EDAD: 11 años 0 meses 10 dias (03/11/2014)		SIGNOS VITIALES															
Hora :	13/11/2025 20:36																
Temperatura Axilar:	36 [°C]																
Temperatura Rectal:																	
Presión Sistólica:																	
Presión Diastólica:																	
Frecuencia Cardiaca:	78 ['x]																
Frecuencia Respiratoria:																	
Saturometría:	99 [%]																
Latidos Cardio - Fetales:																	
Hemoglucotest:																	
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I															
Dolor, EVA:																	
Distresado:	SI - NO	SI - NO															
Motivo de Consulta DOLOR ABDOMINAL-VOMITOS-DIARREA DESDE ANOCHE																	
Observaciones Categorización DOLOR ABDOMINAL-VOMITOS-DIARREA DESDE ANOCHE																	
Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo																	
Tipo de Consulta : INFANTIL 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"/> 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"/> VVS <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO													
<table border="1"> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>									Hora aproximada del hecho						:		
			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 N° 16224205) A09X : (En estudio) ENTEROCOLITIS																	
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: Sin Indicación: Información. Hospitalización:																	
Categorización Cierre Atención C4																	
Procedimientos e indicaciones en box																	
Indicaciones al alta -SALES DE REHIDRATACION: 200CC POR CADA DEPOSICION LIQUIDA O POR CADA VOMITO -VIADIL: 30 GOTAS CADA 8 HRS PO 3 DIAS PARACETAMOL 500MG 1 CADA 8 HRS PO 3 DIAS REPOSO POR 72 HRS EN CASA BUENA HIDRATACION ALIMENTACION LIVIANA -ACUDIR NUEVAMENTE A URGENCIAS SI TIENE MAL ESTADO GENERAL SI EL DOLOR SE HACE CONTINUO, CADA VEZ MAS INTENSO SI EL DOLOR SE LOCALIZA EN EL LADO DERECHO DEL ABDOMEN. SI TIENE VOMITOS CONTINUOS, VERDOSOS O CON SANGRE. SI LAS DEPOSICIONES SON NEGRAS, COMO ALQUITRAN, O TIENEN SANGRE ROJA. SI EL ABDOMEN ESTA TENSO, DURO O HINCHADO.																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16224205)																	
ROCIO QUILAQEO QUILODRAN TECNICO PARAMEDICO 17814181-3		SIXTO MAURICIO PENOTT CADENAS MEDICO APS 27083056-0															
LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas 24/7																	