

JA



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 16052564

ADMISION: 25/09/2025 19:05		INICIO DE ATENCION: 25/09/2025 20:21		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: FERNANDA MARTINA SOTO RIQUELME		RUT: 23446630 - 5		TELEFONO: 92251802 (CELULAR)																													
DIRECCION: CALLE PASAJE KAREN 102 COMUNA: TEMUCO EDAD: 14 años 11 meses 19 dias (06/10/2010)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINA)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - C																													
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>25/09/2025 19:05</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>107 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>A - V - D - I</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	25/09/2025 19:05	Temperatura Axilar:	36 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	107 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometria:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	25/09/2025 19:05																																
Temperatura Axilar:	36 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardiaca:	107 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometria:	98 [%]																																
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 REF. CEFALÉA, DOLOR ABDOMINAL, MAREOS																																	
Observaciones Categorización REF. CEFALÉA, DOLOR ABDOMINAL, MAREOS																																	
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>						<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																						
<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 : 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Naturaleza del Hecho</td> <td colspan="2">Elemento Causante</td> <td colspan="2">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"/> 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 </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td colspan="2"> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 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"/> 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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <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> Hora aproximada del hecho :		DIA	MES	AÑO													
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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <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> Hora aproximada del hecho :		DIA	MES	AÑO																									
DIA	MES	AÑO																															
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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																																	
Diagnóstico (DAU N° 16052564) A090 : GASTROENTERITIS AGUDA																																	
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 Sin Información. Hospitalización:																																	
Categorización Cierre Atención C5																																	
Indicaciones al alta DOMPERIDONA 01 COMPRIMIDIO CADA 08 HORAS POR 03 DIAS PARACETAMOL 01 COMPRIMIDIO CADA 08 HORAS POR 03 DIAS FAMOTIDINA 01 COMPRIMIDIO CADA 24 HORAS POR 05 DIAS DOLOSPAN 01 COMPRIMIDO CADA 08 HORA SPOR 03 DIAS ABUNDANTE LIQUIDO DIETA RICA EN FIBRAS DIETA LIBRE DE GRASAS, IRRITANTES (CAFE,TE) ALCOHOL, BEBIDAS GASEOSAS. VIGILAR DOLOR ABDOMINAL EN CASA DE QUE AUMENTE, FIEBRE, VOMITOS. URGENCIA SOS SE SUGIERE EVALUACION EN POLCLINICO POR ANIMO BAJO REPOSO MEDICO POR 03 DIAS → 24-25-26/09																																	