



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 16033475

IOP

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-----|---|-----|--|---|--|--|---|--|--------------------|-----|---------------------|--|----------------------|---------|----------------------------------|--|---------------|---------|---------------------------|--|----------------|--|------------------------------|--------|---------------|-------------|----|---------|-------------|--|--|
| ADMISION: 20/09/2025 22:26 | | INICIO DE ATENCION: 20/09/2025 22:30 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: FERNANDA MARTINA SOTO RIQUELME | | RUT: 23446630 - 5 | | TELÉFONO: 92251802 (CELULAR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRECCION: CALLE PASAJE KAREN 102 COMUNA: TEMUCO EDAD: 14 años 11 meses 14 dias (06/10/2010) | | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): | | NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): MUJER (FEMENINA) PREVISION: FONASA - C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>20/09/2025 22:28</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.7 [°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>114 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>100 [%]</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>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | Hora : | 20/09/2025 22:28 | Temperatura Axilar: | 36.7 [°C] | Temperatura Rectal: | | Presión Sistólica: | | Presión Diastólica: | | Frecuencia Cardiaca: | 114 [x] | Frecuencia Respiratoria: | | Saturometría: | 100 [%] | Latidos Cardio - Fetales: | | Hemoglucotest: | | Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I | Dolor, EVA: | NO | SI - NO | Distresado: | | |
| Hora : | 20/09/2025 22:28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 36.7 [°C] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardiaca: | 114 [x] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saturometría: | 100 [%] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolor, EVA: | NO | SI - NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distresado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo de Consulta <input type="checkbox"/> REF VOMITOS DOLOR ABDOMINAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones Categorización <input type="checkbox"/> REF VOMITOS DOLOR ABDOMINAL/ COLICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 : INFANTIL <input type="checkbox"/> Atención Manifestación Social: NO <input type="checkbox"/> Tipo de Paciente: NO APLICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Origen de la Procedencia <input type="checkbox"/> DOMICILIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros Datos <input type="checkbox"/> * NINGUNO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</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"/> 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> <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> </td> <td>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"/> 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> | DIA | MES | AÑO | | | | Hora aproximada del hecho | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> 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> | DIA | MES | AÑO | | | | Hora aproximada del hecho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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° 16033475) R104 : DOLOR ABDOMINAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> C5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anamnesis e historia clínica DESDE HOY CON DOLOR ABDOMINAL, VOMITOS, NAUSEAS, METEORISMO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SENSIBLE EN HIPOC. DER. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box SF 250 MAS VIADIL CON METAMIZOL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicaciones al alta REG LIVIANO DOLOSPAM CADA 8 HORAS POR 3 DIAS DOMPERIDONA 1 CADA 8 HORAS POR 2 DIAS REPOSO POR EL 22/09/25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16033475) <i>ra. Zaida Lamilla Canales</i> Médico Cirujano Rut: 8.901.743-2 RCM 23143-6 ZAIDA LAMILLA CANALES MEDICO APS 8901743-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.