



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 16033475

IOP

ADMISSION: 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		TELEFONO: 92251802 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE PASAJE KAREN 102		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TENHUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - C	
EDAD: 14 años 11 meses 14 días (06/10/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	20/09/2025 22:28		REF VOMITOS DOLOR ABDOMINAL		
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			REF VOMITOS DOLOR ABDOMINAL/ COLICOS		
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matró(n)a <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	114 [x]		Tipo de Consulta: INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saluometría:	100 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			Origen de la Procedencia		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Otros Datos		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distorsionado:	NO	SI - NO			

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"/> 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		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </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° 16033475)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
R104 : DOLOR ABDOMINAL		C4	
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
DESDE HOY CON DOLOR ABDOMINAL, VOMITOS, NAUSEAS, METEORISMO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SENSIBLE EN HIPOC. DER.		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente	
SF 250 MAS VIADIL CON METAMIZOL		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.	
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención	
REG LIVIANO DOLOSPAM CADA 8 HORAS POR 3 DIAS DOMPERIDONA 1 CADA 8 HORAS POR 2 DIAS REPOSO POR EL 22/09/25		C5	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16033475) <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> ZAIDA LAMILLA CANALES MEDICO APS 8901743-2 </div> <div style="text-align: right;"> <i>ra. Zaida Lamilla Canales</i> Médico Cirujano Rut: 8.901.743-2 RCM 23143-6 </div> </div>			

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.