

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15835091

BOA

ADMISION: 26/07/2025 18:25		INICIO DE ATENCION: 26/07/2025 19:01		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: MIA ANDREA BELTRAN JIMENEZ		RUT : 23661168 - K		TELÉFONO: 64504033 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE CACIQUE COLIMAN N° 2995, LOS TRAPIALES COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 14 años 2 meses 6 dias (20/05/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - A		
SIGNOS VITALES						
Hora :	26/07/2025 18:27					
Temperatura Axilar:	37 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:	109 [mmHg]					
Presión Diastólica:	66 [mmHg]					
Frecuencia Cardiaca:	100 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	100 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	NO	SI - NO				
Motivo de Consulta REF. RONCHAS EN EL CUERPO. PICAZÓN Y DOLOR DE CABEZA (PUEBLO NUEVO) 2 DAS DE EVO.						
Observaciones Categorización REFIERE RONCHAS EN EL CUERPO. PICAZÓN Y DOLOR DE CABEZA. EVOLUCIÓN 3 DIAS						
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 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"/> 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	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° 15835091) B019 : VARICELA						
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.						
Procedimientos e indicaciones en box						
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C4						
Indicaciones al alta						
-REPOSO EN DOMICILIO DEL 28/07/25 AL 01/08/25 INCLUSIVE -ASEO FRECUENTE, DUCHA DIARIA, EVITAR RASCAR LESIONES -REGIMEN LIVIANO, HIDRATACION ABUNDANTE -LORATADINA 10 MG 1 VEZ AL DIA POR 5 DIAS -PARACETAMOL 500 MG 1 COMPRIMIDO CADA 12 HORAS POR 3 A 5 DIAS -IBUPROFENO 400 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE -CONSULTAR SOS A URGENCIAS EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, FIEBRE >38°C DE MAS DE 48HRS DE DURACION, COMPROMISO DE CONCIENCIA						
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15835091)						
DIEGO GODOY MENARES MEDICO APS 20426818-5						
 Dr. Diego Godoy Menares 20426818-5 Médico Cirujano						