



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15892357

B°A

ADMISION: 11/08/2025 21:41		INICIO DE ATENCION: 12/08/2025 02:07		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MAYTE IVANNA HENRIQUEZ SANHUEZA		RUT : 23992330 - 5		TELEFONO: 98574937 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE LAS TEPAS N° 378, LOS CASTAÑOS, CAJON VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 13 años 1 meses 20 días (22/06/2012)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - B	
SIGNOS VITALES					
Hora :		11/08/2025 22:42			
Temperatura Axilar:		37 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:		105 [x]			
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:		98 [%]			
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I	
Dolor, EVA:					
Distresado:		NO		SI - NO	
Motivo de Consulta					
MADRE REF: DOLOR DE GARGANTA CUERPO Y SARPULLIDO, INAPETENTE.					
Observaciones Categorización					
MADRE REF: DESDE AYER ODINOFAGIA, PAPULAS EN CUERPO ACOMPAÑADO DE PRURITO, INAPETENTE.					
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"/> Contundente		DÍA	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		MES	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante			
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego			
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión			
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor			
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío			
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro			
<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					
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° 15892357)					
B019 : VARICELA					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda					
C5					
Anamnesis e historia clínica					
APP: NO REFIERE					
ALERGIA: NO REFIERE					
REFIERE 2 DIAS DE EVOLUCION APARICION DE LESIONES PAPULOVESICULARES SOBRE FONDO ERITEMATOSO DE DISTRIBUCIÓN DIFUSA EN CABEZA, TRONCO, EXTREMIDADES Y MUCOSAS, ASOCIADO A DECAIMIENTO, INAPETENCIA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.					
AL EXAMEN FÍSICO LUCE EN BSCSGS, EUPNEICA, AFEBRIL, HIDRATADO, MUCOSA ROSADA Y HÚMEDA, SE EVIDENCIAN LESIONES DESCRITA, RESTO DEL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES APARENTES.					
Procedimientos e indicaciones en box					
Indicaciones al alta					
REPOSO EN CASA POR 10 DIAS, NO RASCARSE, BAÑO DIARIO					
LIQUIDOS ABUNDANTES					
PARACETAMOL 2 TAB C/ 8 HORAS VO X 3 DIAS					
CLORFENAMINA 4 MG 1 CADA 24 HRS X 5 DIAS					
REPOSO EN CASA HASTA QUE LESIONES ESTEN EN COSTRA					
ASEO Y SECADO POR TOCADO, CUIDADOSO, SEGÚN FRECUENCIA HABITUAL					
CONTROL MEDICO EN CASO DE SITUACIONES DE ALARMA EXPLICADAS.					
ACUDIR A URGENCIAS EN CASO NECESARIO					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15892357)					
BEATRIZ ALEA CASTILLA					
MEDICO APS					
26735025-6					

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.