



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	TELÉFONO:	98574937 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE LAS TEPAS N° 378, LOS CASTAÑOS, COMUNA: CAJON VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 13 años 1 meses 20 dias (22/06/2012)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - B	
SIGNS VITALES						
Hora :	11/08/2025 22:42					
Temperatura Axilar:	37 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardiaca:	105 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	98 [%]					
Latidos Cardio - 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"/> 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corte-punzante <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° 15892357) B019 : VARICELA						
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5						
Anamnesis e historia clínica						
APP: NO REFIERE ALERGIA: NO REFIERE REFIERE 2 DIAS DE EVOLUCIÓN APARICIÓN 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 FÍSICO SIN ALTERACIONES APARENTES.						
Procedimientos e indicaciones en box						
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, SEGUN FRECUENCIA HABITUAL CONTROL MEDICO EN CASO DE SITUACIONES DE ALARMA EXPLICADAS. ACUDIR A URGENCIAS EN CASO NECESARIO						
Indicaciones al alta						
BEATRIZ ALEA CASTILLA MEDICO APS 26735025-6						
Dra Beatriz Alea Castilla 26735025-6						
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15892357)						