



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15426069

ADMISSION: 19/03/2025 21:20		INICIO DE ATENCION: 19/03/2025 22:18		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: MAIRA AGUSTINA INES SAN MARTIN SALGADO		RUT : 25263113 - 5		TELÉFONO: 56090901 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE EL MAÑIO 346 S/N , VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: VILCUN		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - D							
EDAD: 9 años 1 meses 23 dias (24/01/2016)											
SIGNS VITALES											
Hora : 19/03/2025 21:36											
Temperatura Axilar: 36.7 [°C]											
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardiaca: 62 ['x]											
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometria: 96 [%]											
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA		A - V - D - I									
Dolor, EVA: 4 ['x]											
Distresado: NO		SI - NO									
Motivo de Consulta											
REVISION EXAMENES											
Observaciones Categorización											
INGRESA PARA REVISION DE EXAMENES											
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		<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Hora aproximada del hecho :		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
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° 15426069)											
KS29 : COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
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											
C4											
Procedimientos e indicaciones en box											
CERTIFICADO MEDICO: REPOSO EN DOMICILIO 3 DIAS ← REGIMEN LIVIANO (EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS, FRITURAS, EMBUTIDOS) + ABUNDANTE LIQUIDO SRO 2 TAZA (100 CC) DESPUES DE CADA EPISODIO DE VOMITOS O DIARREA (COMPRAR) BIOGAIA 5 GOTAS C/24H POR 3 DIAS IBUPROFENO 200MG/SML 7.5ML C/8H POR 3 DIAS CONTROL DE RESULTADO DE EXAMEN DE ORINA EN SU CONSULTORIO CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SINTOMAS CONSULTAR URGENCIAS SOS (SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA)"'											
Indicaciones al alta											
CERTIFICADO MEDICO: REPOSO EN DOMICILIO 3 DIAS ← REGIMEN LIVIANO (EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS, FRITURAS, EMBUTIDOS) + ABUNDANTE LIQUIDO SRO 2 TAZA (100 CC) DESPUES DE CADA EPISODIO DE VOMITOS O DIARREA (COMPRAR) BIOGAIA 5 GOTAS C/24H POR 3 DIAS IBUPROFENO 200MG/SML 7.5ML C/8H POR 3 DIAS CONTROL DE RESULTADO DE EXAMEN DE ORINA EN SU CONSULTORIO CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SINTOMAS CONSULTAR URGENCIAS SOS (SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA)"											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15426069)											
Rafael Buitrago Holmquist RAFAEL JOAQUIN BUITRAGO HOLMQUIST Médico MEDICO APS RUT:25839355-4 91 71 40 00 708-1											

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.