



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15426069

49-A

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		TELEFONO: 56090901 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE EL MAÑO 346 S/N, VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: VILCUN		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - D	
EDAD: 9 años 1 meses 23 días (24/01/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora:	19/03/2025 21:36		REVISION EXAMENES		
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]		<b>Observaciones Categorización</b> INGRESA PARA REVISION DE EXAMENES  <b>Funcionario Que Atiende</b> <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matron(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	62 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	96 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	4 [x]		Tipo de Consulta : INFANTIL  Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA		
Distresado:	NO	SI - NO	<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO  <b>Otros Datos</b> * NINGUNO		

  

<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>													
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>										
<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"/> 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>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			
DIA	MES	AÑO											
Hora aproximada del hecho													

  

<b>Diagnóstico (DAU N° 15426069)</b> KS29 : COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4
<b>Anamnesis e historia clínica</b> ANTECEDENTES MORBIDOS:(-) PREMATURA ALERGIAS:NO PESO: 31 KG  ACUDE A EVALUACION DE RESULTADOS POR TENER LEUCOCITOS BORDERLINE (13.33) ACTUALEMNTE CON RESULTADOS.  LEU 6.47 NEU 60.3 PCR 10.5 UREA 18.7 BUN 8.7 CREA 0.44		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>		<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
<b>Indicaciones al alta</b> 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) BIOGALA 5 GOTAS C/24H POR 3 DIAS IBUPROFENO 200MG/5ML 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)		<b>Categorización Cierre Atención</b> C4
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15426069)</b> Dr. Rafael Joaquín Buitrago Holmquist Médico APS RUT: 25.256.393.55-4		

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.