



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 16033411

B<sup>o</sup>B

ADMISSION: 20/09/2025 22:08		INICIO DE ATENCION: 20/09/2025 23:51		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: AMY ASTUDILLO ESTRADA		RUT:	23814872 - 3	TELEFONO:	65571773 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE EL ULMO #278, VILLA LOS MOLINOS-CAJON S/N VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 13 años 9 meses 12 días (08/12/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - B	
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora:	20/09/2025 22:13				
Temperatura Axilar:	38.6 [°C]	38.8C			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	147 [mmHg]				
Presión Diastólica:	92 [mmHg]				
Frecuencia Cardíaca:	124 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	4 [x]				
Distresado:	NO	SI - NO			
<b>Motivo de Consulta</b>					
REF, PADRE, DESDE ANOCHE CON FIEBRE, DECAIDA,					
<b>Observaciones Categorización</b>					
PADRE REFIERE DESDE AYER CON FIEBRE, DECAIMIENTO, "ALERGIA" EN TODO EL CUERPO, INAPETENCIA.					
<b>Funcionario Que Atiende</b>					
<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					
<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"/> Contundente		<b>DÍA</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<b>MES</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		<b>AÑO</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante		<b>Hora aproximada del hecho</b>	
<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"/> VVS					
<input type="checkbox"/> Otro					
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio					
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto					
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción					
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami					
<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					
<b>Diagnóstico (DAU N° 16033411)</b>					
B019 : VARICELA					
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>					
C4					
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo					
<input type="checkbox"/> Fallecido					
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>					
Alta domicilio					
Sin control					
Destino:					
Fecha de Indicación Sin					
Hospitalización: Información.					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>					
RECHAZA TRATAMIENTO IM					
<b>Indicaciones al alta</b>					
TEBUPORFENO 1C/8 HX 3D					
PARACETAMOL 2C/8 H X 3D					
LROATADINA 1C/24 HX 5D					
REPOSO ESCOLAR HASTA MARTES. 30					
EDUCO SOBRE PATOLOGIA					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16033411)</b>					
RICARDO JOSE BUITRAGO HOLMQUIST					
MEDICO APS					
25844296-2					

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.