

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

B3B

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 16033411

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------|----------------------------------|--|--|------------|--------------------|------------|---|---------------------|-----------|--|----------------------|----------|--|--------------------------|--|--|---------------|--------|--|---------------------------|--|--|----------------|--|--|------------------------------|--------|---------------|-------------|--------|--|-------------|----|---------|
| ADMISION: 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- COMUNA: CAJON S/N VILCUN | | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: | NINGUNO | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDAD: 13 años 9 meses 12 dias (08/12/2011) | | SEXO (GÉNERO): | MUJER (FEMENINA) | PREVISION: | FONASA - B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>20/09/2025 22:13</td> <td>38,8C</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>38,6 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td>147 [mmHg]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td>92 [mmHg]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>124 ['x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>99 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDI):</td> <td>ALERTA</td> <td>A - V - D - I</td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td>4 ['x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table> | | | | | | Hora : | 20/09/2025 22:13 | 38,8C | Temperatura Axilar: | 38,6 [°C] | | Temperatura Rectal: | | | Presión Sistólica: | 147 [mmHg] | | Presión Diastólica: | 92 [mmHg] | | Frecuencia Cardiaca: | 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 |
| Hora : | 20/09/2025 22:13 | 38,8C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 38,6 [°C] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | 147 [mmHg] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | 92 [mmHg] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardiaca: | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo de Consulta REF, PADRE, DESDE ANOCHE CON FIEBRE, DECAIDA, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones Categorización PADRE REFIERE DESDE AYER CON FIEBRE, DECAIMIENTO, "ALERGIA" EN TODO EL CUERPO, INAPETENCIA. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</td> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td> <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"/> 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 </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <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 </td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> <td>:</td> </tr> </table> | | | | | | Naturaleza del Hecho | Elemento Causante | Fecha Aproximada del Hecho | | | Hora 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"/> 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 | <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <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 | DIA | MES | AÑO | : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Naturaleza del Hecho | Elemento Causante | Fecha Aproximada del Hecho | | | Hora 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"/> 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 | <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <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 | 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 Nº 16033411) B019 : VARICELA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 Sin Hospitalización: Información. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Categorización Cierre Atención C5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicaciones al alta TURPOFENO 1C/8 HX 3D PARACETAMOL 2C/8 H X 3D LROATADINA 1C/24.HX 5D REPOSO ESCOLAR HASTA MARTES. 30 EDUCO SOBRE PATOLOGIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16033411) RICARDO JOSE BUNTRAGO 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.