

20A



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15849920

ADMISION: 30/07/2025 20:51		INICIO DE ATENCION: 30/07/2025 21:17		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MIA PASCALE ORELLANA SAEZ		RUT: 25961320 - 5		TELEFONO: 40084941 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE JORGE PORTE 01114, PUEBLO NUEVO		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - D	
EDAD: 7 años 9 meses 0 días (30/10/2017)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora:	30/07/2025 20:51		MADRE REFIERE GRANOS EN LA BOCA, PIERNAS Y ESPALDA DESDE HOY		
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]		<b>Observaciones Categorización</b>		
Temperatura Rectal:			MADRE REFIERE GRANOS EN LA BOCA, PIERNAS Y ESPALDA DESDE HOY		
Presión Sistólica:			<b>Funcionario Que Atiende</b>		
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matró(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	93 [x]		Tipo de Consulta: INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	98 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardíaco - Fetales:			<b>Origen de la Procedencia</b>		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	<b>Otros Datos</b>		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	NO	SI - NO			

  

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora 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>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho	
DÍA	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
---

  

<b>Diagnóstico (DAU N° 15849920)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
B349 : (En estudio) VIROSIS		C4
<b>Anamnesis e historia clínica</b>		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
PACIENTE ES TRAIDA POR MADRE REFIRIENDO IEA EL DIA DE HOY CARACTERIZADO POR ERUPCION EN PIEL (CARA, PIERNAS Y ESPALDA)  AM: NIEGA  ALERGIA A MEDICAMENTOS: NIEGA		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>		<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ERUPCION CUTANEA EN MEJILLAS Y PIERNAS LEVEMENTE ERITEMATOSAS SIN SIGNOS DE RASCADO. FARINGE NO ERITEMATOSA, NO CONGESTIVA SIN PLACAS DEPUIS. RUIDOS RESPIRATORIOS AUDIBLES SIN AGREGADOS OTOSCOPIO: PABELLONES AURICULARES NORMOIMPLANTADOS, CAE BILATERAL PERMEABLES, MEMBRANAS TIMPANICAS INDEMNES		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.
<b>Indicaciones al alta</b>		<b>Categorización Cierre Atención</b>
LORATADINA 5 MG AL DIA POR 5 DIAS PARACETAMOL 1/2 COMP. CADA 8 HORAS SOS REPOSO POR 3 DIAS ABUNDANTE HIDRATACION ACUDIR SOS		C4
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15849920)</b>		
MARIA FERNANDA MORALES BECERRA MEDICO APS 27158720-1		

RECETA DESPACHADA

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.