



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 15861842

60A

ADMISION: 03/08/2025 16:17		INICIO DE ATENCION: 03/08/2025 18:51		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: EMILIA ANTONIA AGUAYO URIBE		RUT :	24976830 - 8	TELÉFONO:	58937337 (CELULAR)																												
DIRECCION: CALLE VILLA DEL RIO S/N COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																													
EDAD: 10 años 2 meses 29 dias (05/05/2015)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - B																												
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>03/08/2025 16:29</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>38.7 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>121 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>97 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	03/08/2025 16:29	Temperatura Axilar:	38.7 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	121 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	97 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	03/08/2025 16:29																																
Temperatura Axilar:	38.7 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardíaca:	121 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	97 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	SI - NO																																
	SI - NO																																
Motivo de Consulta MAMA REF. FIEBRE, TOS CON FLEMAS																																	
Observaciones Categorización MAMA REF. FIEBRE, TOS CON FLEMAS																																	
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>Fecha 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"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <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> </td> <td colspan="2"> Hora aproximada del hecho : </td> </tr> </table>						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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho :															
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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho :																								
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 15861842) J030 : (En estudio) AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA																																	
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																																	
Indicaciones al alta REPOSO EN CASA POR 3 DIAS DESDE 04/08/25 REGIMEN LIVIANO HIDRATACION ABUNDANTE PARACETAMOL 500 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS IBUPROFENO 400 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS LORATADINA 10 MG DIA POR 5 DIAS AMOXICILINA 7 CC CADA 8 HRS POR 7 DIAS.																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15861842) PAOLA MICHEL VARAS HERNÁNDEZ MEDICO APS 18502395-8																																	

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.