



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

IV<sup>o</sup>B

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 15910345

ADMISION: 16/08/2025 19:39	INICIO DE ATENCION: 16/08/2025 22:19	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																												
NOMBRE: FERNANDA CAROLINA RUBILAR MONTECINOS RUT : 22508866 - 7		TELÉFONO: 94469662 (CELULAR)																												
DIRECCION: CALLE CAPRI 1991, CAUTIN COMUNA: TEMUCO EDAD: 17 años 10 meses 22 dias (25/09/2007)	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - B																												
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>16/08/2025 19:58</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.4 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>128 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>78 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>70 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</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>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>			Hora :	16/08/2025 19:58	Temperatura Axilar:	36.4 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	128 [mmHg]	Presión Diastólica:	78 [mmHg]	Frecuencia Cardíaca:	70 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	16/08/2025 19:58																													
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]																													
Temperatura Rectal:																														
Presión Sistólica:	128 [mmHg]																													
Presión Diastólica:	78 [mmHg]																													
Frecuencia Cardíaca:	70 ['x]																													
Frecuencia Respiratoria:																														
Saturometría:	99 [%]																													
Latidos Cardio - Fetales:																														
Hemoglucotest:																														
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																													
Dolor, EVA:																														
Distresado:	NO																													
	SI - NO																													
<b>Motivo de Consulta</b> MAMA REF ALERGIA EN EL CUERPO DE TRES DIAS																														
<b>Observaciones Categorización</b> MAMA REF ALERGIA EN EL CUERPO DE TRES DIAS																														
<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		<b>Tipo de Consulta</b> : ADULTO 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> <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </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  <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"/> 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         </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> <b>Hora aproximada del hecho</b>  :  </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"/> 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"> <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				<b>Hora aproximada del hecho</b> :															
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"/> 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"> <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				<b>Hora aproximada del hecho</b> :																					
DIA	MES	AÑO																												
<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 Nº 15910345)</b> <b>BB6X : ESCABIOSIS(SARNA)</b>																														
		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="checkbox"/> CS																												
		<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>Categorización Cierre Atención</b> <input type="checkbox"/> C4																												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>																														
<b>Indicaciones al alta</b> CONTROL MEDICO REPOSO POR 7 DIAS EVITAR DUCHAS CALIENTES RETIRAR ROPA DE CAMA Y ROPA DE USO DIARIO COLOCAR EN UN BOLSA POR 7 DIAS APROX Y LAVAR CLORFENAMINA 4 MG 1 COMP EN LAS NOCHES POR 5 DIAS (5)																														
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15910345)</b> <i>Mirna Soto Franco 27104227-2 Médico General</i>																														