



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LAUTARO

NUMERO DE ATENCION: 15841643 IOPA

ADMISION: 28/07/2025 17:41		INICIO DE ATENCION: 28/07/2025 21:25		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: DHSLEY GENESIS CAMPOS BURGOS		RUT :	23206111 - 1	TELEFONO:	48448116 (CELULAR)																																							
DIRECCION: CALLE BALMACEDA 0432 S/N COMUNA: LAUTARO EDAD: 15 años 7 meses 7 dias (21/12/2009)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	NINGUNO MUJER (FEMENINA)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	FONASA - A																																							
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Hora :</td><td>28/07/2025 18:26</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.6 [°C]</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>105 [mmHg]</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>67 [mmHg]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>65 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td>24 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</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 :	28/07/2025 18:26		Temperatura Axilar:	36.6 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:	105 [mmHg]		Presión Diastólica:	67 [mmHg]		Frecuencia Cardiaca:	65 ['x]		Frecuencia Respiratoria:	24 ['x]		Saturometría:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:	4 ['x]		Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	28/07/2025 18:26																																											
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:	105 [mmHg]																																											
Presión Diastólica:	67 [mmHg]																																											
Frecuencia Cardiaca:	65 ['x]																																											
Frecuencia Respiratoria:	24 ['x]																																											
Saturometría:	98 [%]																																											
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> MADRE REF, FIEBRE, TOS, DOLOR DE GARGANTA																																												
<b>Observaciones Categorización</b> MADRE REF, FIEBRE, TOS, DOLOR DE GARGANTA																																												
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td>Tipo de Consulta : ADULTO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td>Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td></td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																												
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO																																											
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																											
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																												
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																												
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																												
<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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">DÍA</th> <th style="text-align: center;">MES</th> <th style="text-align: center;">AÑO</th> <th style="text-align: center;">:</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"/> Puntante  <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></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho			DÍA	MES	AÑO	:	<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"/> Puntante <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																											
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho																																									
		DÍA	MES	AÑO	:																																							
<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"/> Puntante <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																																											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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																																		
<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 15841643)</b> J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)																																												
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5																																												
<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> C5																																												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>																																												
<b>Indicaciones al alta</b> <p>PARACETAMOL 500MG, 2 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS            IBUPROFENO COMP 400MG, 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS            LORATADINA COMP 10MG, 1 POR NOCHE POR 5 NOCHES            CONTROL EN CONSULTORIO DE PERSISTIR SINTOMATOLOGIA            ACUDIR A URGENCIA EN CASO DE PRESENTAR:            -FIEBRE PERSISTENTE POR MAS DE 7 DIAS            -DIFICULTAD RESPIRATORIA NO ASOCIADA A CONGESTION NASAL</p>																																												
REPOSO MEDICO POR 5 DIAS																																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15841643)</b>																																												