

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15649697

ADMISION: 27/05/2025 21:14		INICIO DE ATENCION: 27/05/2025 22:03		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS													
NOMBRE: COLOMBA VICTORIA FERRADA SEPÚLVEDA		RUT :	26842513 - 6	TELÉFONO:	61386930 (CELULAR)												
DIRECCION: CALLE ORELLA N° 515 COMUNA: TEMUCO EDAD: 6 años 0 meses 12 dias (15/05/2019)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):													
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - B												
<b>SÍGNOS VITALES</b>																	
Hora :	27/05/2025 21:25																
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]																
Temperatura Rectal:																	
Presión Sistólica:																	
Presión Diastólica:																	
Frecuencia Cardiaca:	112 ['X]																
Frecuencia Respiratoria:																	
Saturometría:	100 [%]																
Latidos Cardio - Fetales:																	
Hemoglucotest:																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I															
Dolor, EVA:																	
Distresado:	NO	SI - NO															
<p><b>Motivo de Consulta</b> MADRE REF. DOLOR DE CABEZA, MAREOS, SENSACIÓN FEBRIL, VISIÓN NUBOSA, NAUSEAS Y VÓMITOS. DESDE AYER. (CSF MIRAFLORES).-</p> <p><b>Observaciones Categorización</b> MADRE REF. CEFALEA, VÓMITOS, MAREOS, SENSACIÓN FEBRIL. DESDE AYER</p> <p>PESO: 25 KGS</p>																	
<p><b>Funcionario Que Atiende</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td>Tipo de Consulta : INFANTIL</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> <p><b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO</p> <p><b>Otros Datos</b> * NINGUNO</p>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL	<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 : INFANTIL																
<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>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>																	
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha 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"/> 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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho												
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table> <p><b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b></p> <table border="1"> <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																	
<p><b>Diagnóstico (DAU N° 15649697)</b> A090 : GASTROENTERITIS AGUDA</p>																	
<p><b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4</p>																	
<p><b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido</p>																	
<p><b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de: Sin Indicación: Información. Hospitalización:</p>																	
<p><b>Categorización Cierre Atención</b> C5</p>																	
<p><b>Procedimientos e indicaciones en box</b></p>																	
<p><b>Indicaciones al alta</b></p> <p>REPOSO EN CASA HASTA VIERNES 30/05/2025 REGIMEN LIVIANO, TODOS LOS ALIMENTOS COCIDOS INCLUIDA EL AGUA PAÑOS HÚMEDOS EN FRENTES Y ABDOMEN EN CASO DE FIEBRE PARACETAMOL 3/4 DE COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS IBUPROFENO MEDIO COMPRIMIDO SOS EN CASO DE FIEBRE QUE NO BAJA CON PARACETAMOL NI PAÑOS HÚMEDOS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (PREPARAR EN 250ML DE AGUA COCIDA), BEBER MEDIO VASO DESPUES DE CADA EPISODIO DE VÓMITOS EN CASO DE PERSISTIR LOS SÍNTOMAS ACUDIR A POLICLÍNICO DE MORBILIDAD EN CONSULTORIO DE ORIGEN RECONSULTAR EN URGENCIAS SOS</p>																	
<p><b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15649697)</b></p> <p>ALVARO IGNACIO VILLALBA PACHECO MÉDICO APS 19075387-5</p>																	

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.