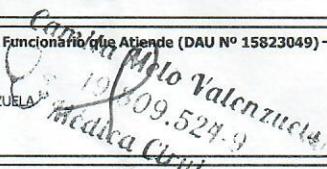


FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 15823049

ADMISION: 22/07/2025 21:46		INICIO DE ATENCION: 22/07/2025 22:16		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: MURIEL AMANDA SOTO GALLEGOS		RUT : 27017748 - 4		TELÉFONO: 81513944 (CELULAR)																																								
DIRECCION: CALLE PUDETO N° 1120, SAN ANTONIO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - A																																								
EDAD: 5 años 10 meses 7 días (15/09/2019)																																												
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>22/07/2025 22:14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36,4 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardíaca:</td> <td>103 [x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>97 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardíacos Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucosuria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDT):</td> <td>ALERTA</td> <td>A - V - D - I</td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>						Hora :	22/07/2025 22:14		Temperatura Axilar:	36,4 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardíaca:	103 [x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	97 [%]		Latidos Cardíacos Fetales:			Hemoglucosuria:			Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	22/07/2025 22:14																																											
Temperatura Axilar:	36,4 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardíaca:	103 [x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometría:	97 [%]																																											
Latidos Cardíacos Fetales:																																												
Hemoglucosuria:																																												
Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	NO	SI - NO																																										
Motivo de Consulta REF:HACE DIAS CON TOS CON FLEMA																																												
Observaciones Categorización REF:HACE DIAS CON TOS CON FLEMA																																												
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 <input checked="" type="checkbox"/> Atención Manifestación Social: NO <input type="checkbox"/> Tipo de Paciente: NO APLICA Origen de la Procedencia <input checked="" type="checkbox"/> DOMICILIO Otros Datos * NINGUNO																																										
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Naturaleza del Hecho</td> <td colspan="2">Elemento Causante</td> <td colspan="2">Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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 colspan="2"> <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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro </td> <td colspan="2"> <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 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"/> 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-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Hora aproximada del hecho :		DIA	MES	AÑO																								
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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Hora aproximada del hecho :		DIA	MES	AÑO																																				
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 N° 15823049) B349 : VIROSIOS																																												
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C4																																												
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																												
Destino Inmediato del Paciente <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C5																																												
Categorización Cierre Atención																																												
Anamnesis e historia clínica																																												
ANTECEDENTES - MEDICOS: ASMA - FCOs: BREXOTIDE, SALBUTAMOL, CETIRIZINA - ALERGIAS: NIEGA																																												
CUADRO DE 4 DIAS DE TOS PRODUCTIVA, SIN OTROS SINTOMAS, COMPAÑEROS DE CURSO CON LOS MISMOS SINTOMAS.																																												
AL EX FISICO VIGIL, REACTIVA, COOPERADORA, BIEN ANIMO, HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA FARINGE ERITEMATOSA, SIN PUS, CUELLO MOVIL INDOLORO, SIN MASAS RR27, NAS, BUENA MECANICA RESP. MP (+) BILAT SIMETRICO, SRA ABD: RHA (+) BLANDO DEP INDOLORO, BLUMBERG (-) EE MOVILES, SIN EDEMA, SIN SIGNOS TVP																																												
Procedimientos e indicaciones en box RX: NO OBS FOCOS DE CONDENSACION NI OTROS HALLAZGOS PATOLOGICOS																																												
Indicaciones al alta REPOSO EN CASA POR 3 DIAS REGIMEN BLANDO Y FRIO HIDRATACION ABUNDANTE CONTROL DE TEMP CADA 8 HRS CON TERMOMETRO PARACETAMOL 60 GOTAS CADA 8 HRS SI DOLOR O FIEBRE IBUPROFENO 5 ML CADA 8 HRS SI DOLOR O FIEBRE MANTENER SUS FARMACOS DE USO CRONICO Y SALBUTAMOL SOS ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE SINTOMAS DE ALARMA INDICADOS																																												
Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 15823049) <table border="1"> <tr> <td>Fecha Envío</td> <td>Fecha Regreso</td> <td>Tipo</td> <td>Comentario</td> </tr> <tr> <td>22/07/2025 22:30</td> <td></td> <td>OBSERVACION</td> <td></td> </tr> </table>						Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario	22/07/2025 22:30		OBSERVACION																																
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario																																									
22/07/2025 22:30		OBSERVACION																																										
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15823049)  CAMILA NIELO VALENZUELA MEDICO APS 19809524-9																																												