



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 16053274

60A

ADMISSION: 25/09/2025 22:09		INICIO DE ATENCION: 25/09/2025 23:59		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE:	SOFIA ELIANA ESCOBAR ARANGUIZ		RUT :	24434494 - 1	TELEFONO: 82052245 (CELULAR)
DIRECCION:	BOMBERO ESCOBAR 270		PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
COMUNA:	PADRE LAS CASAS		DECLARADO:		PREVISION:
EDAD:	11 años 10 meses 25 días (31/10/2013)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	FONASA - A
SIGNOS VITALES					
Hora :	25/09/2025 22:33		Motivo de Consulta		
Temperatura Axilar:	37.6 [°C]		MADRE REF. TOS SECA Y FIEBRE DESDE HACE 2 DIAS APROX.		
Temperatura Rectal:			Observaciones Categorización		
Presión Sistólica:			MADRE REF. TOS SECA Y FIEBRE DESDE HACE 2 DIAS		
Presión Diastólica:			Funcionario Que Atiende		
Frecuencia Cardíaca:	113 [x]		<input checked="" type="checkbox"/> Médico		
Frecuencia Respiratoria:			Tipo de Consulta : INFANTIL		
Saturometría:	99 [%]		<input type="checkbox"/> Odontólogo		
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Matrn(a)		
Hemoglucotest:			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA A - V - D - I		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		
Dolor, EVA:			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Distresado:	NO SI - NO		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					
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho		Hora aproximada del hecho
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente	DÍA	MES	AÑO
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante			
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante			
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante	Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral		
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones		
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)		
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)		
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)		
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios		
<input type="checkbox"/> VVS					
<input type="checkbox"/> Otro					
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio					
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto					
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción					
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami					
Diagnóstico (DAU N° 16053274)					
J208 : (En estudio) SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO AGUDO					
Resultados 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 Sin					
Hospitalización: Información.					
Categorización Cierre Atención					
C5					
Procedimientos e indicaciones en box					
KTR:MOVILIZACION DE SECRECIÓN SIN SIGNOS .SE DEVIVO					
Procedimientos					
EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y PROCEDIMIENTOS DE KINESIOTERAPIA TORACICA					
Indicaciones al alta					
MEDIDAS GENERALES					
REPOSO RELATIVO CON EVITAR ACTIVIDAD FISICA POR 2 SEMANAS					
DESCLORATADINA 5 MG COMPCADA 24 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL,					
IBUPROFENO 400 MG COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL,					
PARACETAMOL 500 MG COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL,					
EN POLIMORBILIDAD PARTA SU SEGUIMIENTO					
BROMURO DE IPRATROPIO 20 MCG/DO AEROSOL PARA INHALACIÓN CADA 8 HORAS POR 3 DIAS CON AEROCAMARA CONT					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16053274)					
ANGENIE PHILOGENE PHILOGENE					
MEDICO APS					
26730544-7					

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.