



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 16053274

60A

ADMISION: 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 COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
EDAD: 11 años 10 meses 25 dias (31/10/2013)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A																																							
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>25/09/2025 22:33</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37.6 [°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>113 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</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 (AVD):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td></td><td></td></tr> </table>						Hora :	25/09/2025 22:33		Temperatura Axilar:	37.6 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardíaca:	113 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	99 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVD):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:	NO	SI - NO	Distresado:		
Hora :	25/09/2025 22:33																																											
Temperatura Axilar:	37.6 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardíaca:	113 ['x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometría:	99 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVD):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:	NO	SI - NO																																										
Distresado:																																												
<b>Motivo de Consulta</b> MADRE REF. TOS SECA Y FIEBRE DESDE HACE 2 DIAS APROX.																																												
<b>Observaciones Categorización</b> MADRE REF. TOS SECA Y FIEBRE DESDE HACE 2 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> : INFANTIL  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> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </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"/> 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         </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>DÍA</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"/> 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	<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>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	DÍA	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"/> 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	<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>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	DÍA	MES	AÑO				<b>Hora aproximada del hecho</b> : 																																			
DÍA	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 16053274)</b> <b>J208</b> : (En estudio) SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO AGUDO																																												
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4																																												
<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 Hospitalización: Sin Información.																																												
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																																												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> KTR:MOVILIZACION DE SECRECIÓN SIN SIGNOS .SE DEVIVO																																												
<b>Procedimientos</b> EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y PROCEDIMIENTOS DE KINESIOTERAPIA TORACICA																																												
<b>Indicaciones al alta</b> MEDIDAS GENERALES REPOSO RELATIVO CON EVITAR ACTIVIDAD FÍSICA POR 2 SEMANAS DESLORATADINA 5 MG COMP CADA 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 IPRASTROPICO 20 MCG/DO AEROSOL PARA INHALACIÓN CADA 8 HORAS POR 3 DIAS CON AEROCAMARA CONT																																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16053274)</b>  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.