



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15835094

40A

ADMISSION: 26/07/2025 18:26		INICIO DE ATENCION: 26/07/2025 19:02		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MILAN VICENTA GAMBOA JIMÉNEZ		RUT :	25227605 - K	TELEFONO:	54956895 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE CAIQUE COLIMAN Nº 2995, LOS TRAPIALES TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 9 años 7 meses 18 días (08/12/2015)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A
SIGNOS VITALES					
Hora :	26/07/2025 18:31				
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	95 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	98 [%]				
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
Motivo de Consulta					
REF. RONCHAS EN EL CUERPO, PICAZÓN Y DOLOR DE CABEZA (PUEBLO NUEVO)					
Observaciones Categorización					
REFIERE RONCHAS EN EL CUERPO, PICAZÓN Y DOLOR DE CABEZA					
Funcionario Que Atiende					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matró(a)					
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)					
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico					
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo					
Tipo de Consulta : INFANTIL					
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	<table><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table><tr><td></td><td>:</td><td></td></tr></table>		:	
DIA	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											
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego											
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión											
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor											
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío											
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro											
<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												

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

☐ Paciente sin lesiones

☐ Leve (0 - 14 días)

☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)

☐ Grave (30 días o más)

☐ Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU Nº 15835094)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
B019 : (En estudio) VARICELA	C4
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM: NIEGA ALERGIAS: NIEGA INGRESA EN COMPAÑÍA DE PADRE REFIERE DESDE AYER DIAS APARICION DE LESIONES PAPULARES, PURUIGINOSAS EN REGION DE ANTEBRAZO Y HOMBRO IZQUIERDOS. REFIERE HERMANA CON SINTOMATOLOGIA SIMILAR LUEGO DE CONTACTO CON COMPAÑERA CON VARICELA, PACIENTE SIN CUADRO DE VARICELA PREVIO. NIEGA FIEBRE, COMPROMISO DE CONCIENCIA EF: HDN ESTABLE, AFEBRIL, NORMOSATURANDO AMBIENTAL VIGIL, ATENTA, ORIENTADA HIDRATADA, LLENE CAPILAR < 2 SEG LESIONES PAPULARES Y VESICULARES EN REGION DE ANTEBRAZO Y HOMBRO IZQUIERDOS, SIN SIGNOS DE INFECCION	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente
	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención
-REPOSO EN DOMICILIO DEL 28/07/25 AL 01/08/25 INCLUSIVE -ASEO FRECUENTE, DUCHA DIARIA, EVITAR RASCAR LESIONES -REGIMEN LIVIANO, HIDRATACION ABUNDANTE -LORATADINA 10 MG 1 COMPRIMIDO AL DIA POR 5 DIAS -PARACETAMOL 500 MG 1 COMPRIMIDOS CADA 12 HORAS POR 3 A 5 DIAS -IBUPROFENO 400 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE -CONSULTAR SOS A URGENCIAS EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, FIEBRE >38°C DE MAS DE 48HRS DE DURACION, COMPROMISO DE CONCIENCIA	C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15835094)	
DIEGO GODOY MENARES MEDICO APS 20426818-5 Dr. Diego Godoy Menares 20.426.818-5 Médico Cirujano	