

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15835094

ADMISION: 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 N° 2995, LOS TRAPIALES COMUNA: TEMUCO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 9 años 7 meses 18 dias (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 Cardiaca:	95 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardio - 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

- Médico
 Odontólogo
 Matrón(a)
 Enfermero(a)
 Técnico Paramédico
 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						
<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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <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>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						

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

Resultado aplicación
protocolo
selector de demanda

C4

Condición del paciente al
cierre de atención

- Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del
Paciente

Alta domicilio
 Sin control
 Destino:
 Fecha de Sin
 Indicación Información.
 Hospitalización:

Categorización Cierre
Atención

C5

Diagnóstico (DAU N° 15835094)

B019 : (En estudio) VARICELA

Anamnesis e historia clínica

AM: NIEGA
ALERGIAS: NIEGA

INGRESA EN COMPAÑIA DE PADRE

REFIERE DESDE AYER DIAS APARICION DE LESIONES PAPULARES, PURUJINOSAS 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 VESTICULARES EN REGION DE ANTEBRAZO Y HOMBRO IZQUIERDOS, SIN SIGNOS DE INFECCION

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

- 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 COMPRIMIDO 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

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15835094)

DIEGO GODOY MENARES
MEDICO APS
20426818-5

Dr. Diego Godoy Menares
20.426.818-5
Médico Cirujano