



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 16028359

III-A

ADMISION: 19/09/2025 12:25		INICIO DE ATENCION: 19/09/2025 12:37		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: YOSELYN JAVIERA RUTH SEGUEL		RUT :	22907199 - 8	TELEFONO:	93119248 (CELULAR)																													
DIRECCION: LOS PELLINES - VILLA BOLDO COMUNA: TOLTEN EDAD: 16 años 8 meses 21 dias (29/12/2008)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																														
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - D																													
<b>SIGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>19/09/2025 12:27</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37.2 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>113 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucoset:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</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>SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	19/09/2025 12:27	Temperatura Axilar:	37.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	113 [x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucoset:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	19/09/2025 12:27																																	
Temperatura Axilar:	37.2 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardíaca:	113 [x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometría:	99 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucoset:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> LESIÓN CUTANEA Y FIEBRE																																		
<b>Observaciones Categorización</b> LESIÓN CUTANEA Y FIEBRE																																		
<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																																		
Tipo de Consulta : ADULTO  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"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td> <table border="1"> <tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="2">:</td></tr> </table> </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"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="2">:</td></tr> </table>	Hora aproximada del hecho		:													
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"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="2">:</td></tr> </table>	Hora aproximada del hecho		:																						
DIA	MES	AÑO																																
Hora aproximada del hecho																																		
:																																		
<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 16028359)</b> <b>B019 : VARICELA</b>																																		
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5																																		
<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>Indicaciones al alta</b> REPOSO EN DOMICILIO POR 10 DIAS ACICLOVIR 400 MG 2 COMPRIMIDOS 5 VECES AL DIA VIA ORAL POR 7 DIAS CLORFENAMINA 4 MG CADA 12 HORAS POR 5 DIAS URGENCIA SOS																																		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16028359)</b> GABRIELA FERNANDA SANDOVAL MENDOZA MEDICO APS 19466236-K <i>Gabriela Sandoval Mendoza 19466236-K Médico Cirujano</i>																																		

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.