

III<sup>o</sup> A

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 16028359

|  |  |                                      |  |                               |  |
|--|--|--------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 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      |  | PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO           |  | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |  |
| COMUNA: TOLTEN                             |  | DECLARADO: MUJER (FEMENINA)          |  | PREVISION: FONASA - D         |  |
| EDAD: 16 años 8 meses 21 días (29/12/2008) |  | SEXO (GÉNERO):                       |  |                               |  |

  

|                              |                  |               |   |  |  |
|------------------------------|------------------|---------------|---|--|--|
| <b>SIGNOS VITALES</b>        |                  |               | <b>Motivo de Consulta</b>   |  |  |
| Hora :                       | 19/09/2025 12:27 |               | LESION CUTANEA Y FIEBRE   |  |  |
| Temperatura Axilar:          | 37.2 [°C]        |               | <b>Observaciones Categorización</b>   |  |  |
| Temperatura Rectal:          |                  |               | LESION CUTANEA Y FIEBRE   |  |  |
| Presión Sistólica:           |                  |               | <b>Funcionario Que Atiende</b>  |  |  |
| Presión Diastólica:          |                  |               | <input checked="" type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Odontólogo<br><input type="checkbox"/> Matrón(a)<br><input type="checkbox"/> Enfermero(a)<br><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico<br><input type="checkbox"/> Kinesiólogo |  |  |
| Frecuencia Cardíaca:         | 113 [x]          |               | Tipo de Consulta : ADULTO   |  |  |
| Frecuencia Respiratoria:     |                  |               | Atención Manifestación Social: NO   |  |  |
| Saturometría:                | 99 [%]           |               | Tipo de Paciente: NO APLICA   |  |  |
| Latidos Cardio - Fetales:    |                  |               | <b>Origen de la Procedencia</b>   |  |  |
| Hemoglucotest:               |                  |               | DOMICILIO   |  |  |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA           | A - V - D - I | <b>Otros Datos</b>  |  |  |
| Dolor, EVA:                  |                  |               | * NINGUNO   |  |  |
| Distresado:                  | SI - NO          | SI - NO       |   |  |  |

  

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

| <b>Naturaleza del Hecho</b>  | <b>Elemento Causante</b>  | <b>Fecha Aproximada del Hecho</b>  | <b>Hora aproximada del hecho</b> |     |     |  |  |  |  |   |
|--|---|--|----------------------------------|-----|-----|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito<br><input type="checkbox"/> Accidente laboral<br><input type="checkbox"/> Accidente escolar<br><input type="checkbox"/> Accidente doméstico<br><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública<br><input type="checkbox"/> Agresión<br><input type="checkbox"/> Riña<br><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar<br><input type="checkbox"/> Mordedura de perro<br><input type="checkbox"/> VVS<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Accidente Incendio<br><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto<br><input type="checkbox"/> Accidente Erupción<br><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami | <input type="checkbox"/> Contundente<br><input type="checkbox"/> Cortante<br><input type="checkbox"/> Punzante<br><input type="checkbox"/> Corto-punzante<br><input type="checkbox"/> Arma de Fuego<br><input type="checkbox"/> Explosión<br><input type="checkbox"/> Calor<br><input type="checkbox"/> Frío<br><input type="checkbox"/> Otro | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | DÍA                              | MES | AÑO |  |  |  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 20px; vertical-align: bottom; text-align: center;">:</td> </tr> </table> | : |
| DÍA  | MES   | AÑO  |                                  |     |     |  |  |  |  |   |
|  |   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |   |
| :  |   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |   |

  

**Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones<br><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)<br><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)<br><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)<br><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios |
|---|

  

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Diagnóstico (DAU N° 16028359)</b>   |  | <b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>   |
| B019 : VARICELA  |  | C5  |
| <b>Anamnesis e historia clínica</b>  |  | <b>Condición del paciente al cierre de atención</b>   |
| AM: NO<br>ALERGIA: NO<br>DESDE ANOCHE LESIONES EN LA PIEL<br>EF: PAPUPAS Y PUSTULAS EN TODO EL CUERPO INCLUYE CUERO CABELLUDO                                      |  | <input checked="" type="checkbox"/> Vivo<br><input type="checkbox"/> Fallecido                        |
| <b>Procedimientos e indicaciones en box</b>  |  | <b>Destino Inmediato del Paciente</b>   |
|  |  | Alta domicilio<br>Sin control<br>Destino:<br>Fecha de Indicación<br>Hospitalización: Sin Información. |
| <b>Indicaciones al alta</b>  |  | <b>Categorización Cierre Atención</b>   |
| REPOSO EN DOMICILIO POR 10 DIAS<br>ACICLOVIR 400 MG 2 COMPRIMIDOS 5 VECES AL DIA VIA ORAL POR 7 DIAS<br>CLORFENAMINA 4 MG CADA 12 HORAS POR 5 DIAS<br>URGENCIA SOS |  | C5  |
| <b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16028359)</b>  |  |   |
| GABRIELA FERNANDA SANDOVAL MENDOZA<br>MEDICO APS<br>19466236-K<br><i>Gabriela Sandoval Mendoza</i><br>19.466.236-K<br>Médico Cirujana                              |  |   |

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.