

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16004276

Ko

ADMISION: 11/09/2025 21:51		INICIO DE ATENCION: 12/09/2025 00:53		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																																	
NOMBRE: EMILIA ALICIA SAN MARTÍN AGUILERA		RUT : 26791797 - 3		TELEFONO: 95423384 (CELULAR)																																																	
DIRECCION: OHIGGINS 750 COMUNA: TEMUCO EDAD: 6 años 5 meses 0 dias (11/04/2019)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: EJERCITO (CAPREDENA)																																																	
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td colspan="2">11/09/2025 22:06</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td colspan="2">36.7 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td colspan="2">74 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td colspan="2">98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVD1):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td><td colspan="3"></td></tr> </table>						Hora :	11/09/2025 22:06		Temperatura Axilar:	36.7 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardíaca:	74 [x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVD1):	ALERTA	A - V - D - I				Dolor, EVA:						Distresado:	NO	SI - NO			
Hora :	11/09/2025 22:06																																																				
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]																																																				
Temperatura Rectal:																																																					
Presión Sistólica:																																																					
Presión Diastólica:																																																					
Frecuencia Cardíaca:	74 [x]																																																				
Frecuencia Respiratoria:																																																					
Saturometría:	98 [%]																																																				
Latidos Cardio - Fetales:																																																					
Hemoglucotest:																																																					
Estado de Conciencia (AVD1):	ALERTA	A - V - D - I																																																			
Dolor, EVA:																																																					
Distresado:	NO	SI - NO																																																			
<b>Motivo de Consulta</b> PADRE REF..DOLOR INTERIOR DE LA CARITA COSTADO IZQ...RONCHAS EN LAS MANOS...PIES...FIEBRE..DOLOR ABDOMINAL...EVOL...TARDE DE AYER...( NO INSCRITO )																																																					
<b>Observaciones Categorización</b> PADRE REF..DOLOR INTERIOR DE LA CARITA COSTADO IZQ...RONCHAS EN LAS MANOS...PIES...FIEBRE..DOLOR ABDOMINAL...EVOL...TARDE DE AYER...																																																					
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td colspan="2">Tipo de Consulta : INFANTIL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td colspan="2">Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td colspan="2">Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td colspan="2"></td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL		<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																																				
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																																				
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																																				
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																																					
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																																					
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																																					
<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><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="3"><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> <td><b>Hora aproximada del hecho</b></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><b>DIA</b></td> <td><b>MES</b></td> <td><b>AÑO</b></td> <td>:</td> </tr> </table>						<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 <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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	:																																				
<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 <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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	:																																																
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>						<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																																											
<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 16004276)</b> <b>V341 : INFECCION VIRUS COXSACKIE</b>																																																					
<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 Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.																																																					
<b>Categorización Cierre Atención</b> CS																																																					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>																																																					
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO EN CASA DEL 11 DE SEPTIEMBRE AL 16 DE SEPTIEMBRE REGIMEN LIVIANO, ABUNDANTE LÍQUIDO PARACETAMOL 500 MG ( MEDIO COMPRIMIDO CADA 8 HRS POR 3 DIAS ) IBUPROFENO 5.5 ML CADA 8 HRS POR 3 DIAS SI SÍNTOMAS PERSISTEN LUEGO DE TRATAMIENTO, SOLICITAR HORA EN POLICLÍNICO DE SU CESFAM DE ORIGEN. ACUDIR A URGENCIAS ANTE SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS NO DAR VIADIL.																																																					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16004276)</b> MARCELO ALEJANDRO GAJARDO LIMARÍ MEDICO APS 19195508-0																																																					