



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16072504

TTOA

ADMISION: 01/10/2025 11:29		INICIO DE ATENCION: 01/10/2025 12:25		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																																					
NOMBRE: NATALY ANTONELA LONCON LIZAMA		RUT: 22470885 - 8		TELÉFONO: 37460923 (CELULAR)																																																					
DIRECCION: LUGAR MAÑIUCO COMUNA: GALVARINO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																																					
EDAD: 18 años 2 meses 12 dias (19/07/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - B																																																					
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td colspan="3">01/10/2025 11:36</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td colspan="3">36.6 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td colspan="3">132 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td colspan="3">73 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td colspan="3">95 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td colspan="3">100 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Hemoglucosat:</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td colspan="2">ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td colspan="2">NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	01/10/2025 11:36			Temperatura Axilar:	36.6 [°C]			Temperatura Rectal:				Presión Sistólica:	132 [mmHg]			Presión Diastólica:	73 [mmHg]			Frecuencia Cardiaca:	95 ['x]			Frecuencia Respiratoria:				Saturometría:	100 [%]			Latidos Cardio - Fetales:				Hemoglucosat:				Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA		A - V - D - I	Dolor, EVA:				Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	01/10/2025 11:36																																																								
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]																																																								
Temperatura Rectal:																																																									
Presión Sistólica:	132 [mmHg]																																																								
Presión Diastólica:	73 [mmHg]																																																								
Frecuencia Cardiaca:	95 ['x]																																																								
Frecuencia Respiratoria:																																																									
Saturometría:	100 [%]																																																								
Latidos Cardio - Fetales:																																																									
Hemoglucosat:																																																									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA		A - V - D - I																																																						
Dolor, EVA:																																																									
Distresado:	NO		SI - NO																																																						
Motivo de Consulta LESIÓN UNGUEAL HALLUX IZQ 2SEM (CSF GALVARINO).-																																																									
Observaciones Categorización LESIÓN UNGUEAL HALLUX IZQ 2SEM																																																									
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>						<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																																														
<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																																																									
Origen de la Procedencia DOMICILIO																																																									
Otros Datos * NINGUNO																																																									
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <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> Hora aproximada del hecho : : </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> Hora aproximada del hecho : :	DIA	MES	AÑO																																											
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> Hora aproximada del hecho : :	DIA	MES	AÑO																																																				
DIA	MES	AÑO																																																							
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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																																																									
Diagnóstico (DAU N° 16072504) L600 : (En estudio) ONICOCRIPTOSIS																																																									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																																																									
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																																									
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.																																																									
Categorización Cierre Atención C4																																																									
Indicaciones al alta REPOSO POR 3 DIAS (01/10/25-03/10/25) REGIMEN LIVIANO AMOX/CLAV 1 GR C/12 HRS POR 7 DIAS DICLOFENACO 50 MG C/8 HRS POR 3 DIAS CONTROL POR APS SEGUN DISPONIBILIDAD CONSULTAR EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS																																																									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16072504) CRISTIAN ALIXANDER ALDUNATE MARTÍNEZ MEDICO APS 18435612-0																																																									
Dr. Cristian Aldunate Médico Cirujano 18.435.612-0 RCM: 59523																																																									

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.