



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 16036636

PK

ADMISSION: 21/09/2025 19:32		INICIO DE ATENCION: 21/09/2025 20:47		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: IGNACIO ANDRES GUZMAN SANDOVAL		RUT :	27298809 - 9	TELEFONO:	31136073 (CELULAR)
DIRECCION: LAS VIOLETAS 0455		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 5 años 3 meses 0 días (21/06/2020)		SEXO (GÉNERO): HOMBRE (MASCULINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	21/09/2025 20:28		REFIERE AMPOLLAS EN LA BOCA, PIES DE AYER		
Temperatura Axilar:	37.4 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	92 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturimetría:	94 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			

Observaciones Categorización			Funcionario Que Atiende		
REFIERE AMPOLLAS EN LA BOCA, PIES DE AYER			<input checked="" type="checkbox"/> Médico		
			<input type="checkbox"/> Odontólogo		
			<input type="checkbox"/> Matrn(a)		
			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		
			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		
			<input type="checkbox"/> 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"/> Contundente		<table border="1" style="width:100%"><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								
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1" style="width:100%"><tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="2">:</td></tr></table>	Hora aproximada del hecho		:			
Hora aproximada del hecho										
:										
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante								
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante								
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego								
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión								
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor								
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío								
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro								
<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										

Diagnóstico (DAU N° 16036636)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda		
V341 : (En estudio) INFECCION VIRUS COXSACKIE		<table border="1" style="width:100%"><tr><td>C4</td></tr></table>		C4
C4				
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención		
AM: NIEGA ALERGIA: NIEGA PNI AL DIA PESO 19KG. ACUDE ACOMPAÑADA DE SU PADRE QUIEN REFIERE DESDE HACE 3 DIAS MALESTAR GENERAL, APARICIÓN DE LESIONES EN BOCA Y PIES EXAMEN FISICO VIGIL, REACTIVO, LUCE EN BCG, AFEBRIL HIDRATADO PERFUNDIDO SE EVIDENCIA LESIONES TIPO AFTAS EN MUCOSA ORAL Y PÁPULAS ERITEMATOSAS EN PLANTA DE LA PIES NEUROLÓGICO CONSERVADO		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido		
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente		
CSV EXAMEN FISICO		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.		
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención		
REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS PREFERIR ALIMENTOS Y BEBIDAS FRIAS, EVITAR ALIMENTOS SALADOS Y CONDIMENTADOS IBUPROFENO 200/5 DAR 5 ML C/8 HRS SOS FIEBRE O MALESTAR LEVOCETIRIZINA 2.5MG/5 ML DAR 5 ML AL DIA POR 5 DIAS → compron. CONTROL CON MEDICO DE SU CESFAM SI PERSISTE LOS SINTOMAS RECONSULTAR EN URGENCIA SOS SIGNOS DE ALARMA		<table border="1" style="width:100%"><tr><td>C5</td></tr></table>		C5
C5				
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16036636)				
NAYLU MERCEDES QUINTERO VILCHEZ MEDICO APS 26908031-0				

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.