

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 16036636

ADMISION: 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 VIOLETA 0455 COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 5 años 3 meses 0 dias (21/06/2020)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																														
		SEXO (GÉNERO):	HOMBRE (MASCULINO)	PREVISION:	FONASA - A																													
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>21/09/2025 20:28</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>37.4 [°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 Cardiaca:</td> <td>92 [x]</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>94 [%]</td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</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>NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>						Hora :	21/09/2025 20:28	Temperatura Axilar:	37.4 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	92 [x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	94 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	21/09/2025 20:28																																	
Temperatura Axilar:	37.4 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardiaca:	92 [x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometría:	94 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucotest:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	NO	SI - NO																																
Motivo de Consulta REFIERE AMPOLLAS EN LA BOCA, PIES DE AYER																																		
Observaciones Categorización REFIERE AMPOLLAS EN LA BOCA, PIES DE AYER																																		
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td>Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td>Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td></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																																		
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> </td> <td colspan="2"> 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>	DIA	MES	AÑO				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				Hora aproximada del hecho :																									
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 Nº 16036636) V341 : (En estudio) INFECCION VIRUS COXSACKIE																																		
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 Sin Hospitalización: Información.																																		
Categorización Cierre Atención C5																																		
Procedimientos e indicaciones en box CSV EXAMEN FISICO																																		
Indicaciones al alta 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 → comprón. CONTROL CON MEDICO DE SU CESFAM SI PERSISTE LOS SINTOMAS RECONSULTAR EN URGENCIA SOS SIGNOS DE ALARMA																																		
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16036636) NAYLU MERCEDES QUINTERO VILCHEZ MEDICO APS 26908031-0																																		