

40A



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15891597

ADMISSION: 11/08/2025 18:48		INICIO DE ATENCION: 11/08/2025 21:43		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MILAN VICENTA GAMBOA JIMÉNEZ		RUT: 25227605 - K	TELEFONO: 54956895 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE CAIQUE COLIMAN N° 2995, LOS TRAPIALES		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:			
EDAD: 9 años 8 meses 3 días (08/12/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - A		

SIGNOS VITALES		
Hora:	11/08/2025 18:49	
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	95 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
REFIERE VARICELA FEBRIL	
Observaciones Categorización	
REFIERE VARICELA FEBRIL	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	INFANTIL
<input type="checkbox"/> Odontólogo	
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
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	Hora 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"/> Agresión sexual <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> <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"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td>:</td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho	:
DÍA	MES	AÑO									
Hora aproximada del hecho											
:											
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral											
<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° 15891597)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
B019 : VARICELA	CS
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM: NIEGA RAM/ALERGIA: NIEGA HACE UNAS SEMANAS SU HERMANA CURSÓ CON VARICELA. DESDE HACE 2 DÍAS CON APARICIÓN DE LESIONES EN PIEL, PRURIGINOSAS. SIN OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS. EX. FÍSICO: SE OBSERVAN PAPULAS, AMPOLLAS Y ALGUNAS COSTRAS GENERALIZADOS, MODERADA CANTIDAD.	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente
	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención
- REPOSO MEDICO EN CASA POR AL MENOS 7 DIAS DESDE HOY - SI LUEGO DE LA SEMANA CONTINUA CON LESIONES ROJITAS O AMPOLLAS, SOLICITAR EXTENDER REPOSO. DEJA DE CONTAGIAR UNA VEZ TODOS SEAN COSTRAS - DUCHA CON AGUA TIBIA EN CASO DE PICAZÓN. - CLORFENAMINA 1 COMP C/12 HRS POR 7 DIAS EN CASO DE PICAZÓN - IBUPROFENO 1 COMP C/8 HRS POR 3 DIAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE - RECONSULTAR CON MEDICO SOS	CS
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15891597)	
NATALY PEÑA MUÑOZ MEDICO APS 18873149-K	

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.