

40D

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA									
ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO	NUMERO DE ATENCION: 15891597								
ADMISION: 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	TELÉFONO: 54956895 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE CAIQUE COLIMAN N° 2995, LOS TRAPIALES TEMUCO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: TEMUCO	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - A							
EDAD: 9 años 8 meses 3 días (08/12/2015)									
SÍGNOS VITALES									
Hora : 11/08/2025 18:49	Temperatura Axilar: 36,8 [°C]	Motivo de Consulta REFIERE VARICELA FEBRIL							
Temperatura Rectal:	Presión Sistólica:	Observaciones Categorización REFIERE VARICELA FEBRIL							
Presión Diastólica:	Frecuencia Cardiaca: 95 [x]	Funcionario Que Atiende <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 : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA						
Frecuencia Respiratoria:	Saturometría: 98 [%]		Origen de la Procedencia DOMICILIO						
Latidos Cardio - Fetales:	Hemoglucostest:		Otros Datos * NINGUNO						
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I								
Dolor, EVA:	Distresado: SI - NO								
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"/> 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"/> Rifa <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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho :
DIA	MES	AÑO							
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) B019 : VARICELA									
Anamnesis e historia clínica AM: NIEGA RAM/ALERGIA: NIEGA HACE UNAS SEMANAS SU HERMANA CURSÓ CON VARICELA. DESDE HACE 2 DIAS CON APARICIÓN DE LESIONES EN PIEL, PRURIGINOSAS. SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. EX. FISICO: SE OBSERVAN PAPULAS, AMPOLLAS Y ALGUNAS COSTRAS GENERALIZADOS, MODERADA CANTIDAD.		Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> CS							
		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.							
Procedimientos e indicaciones en box Indicaciones al alta <ul style="list-style-type: none"> - 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 		Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> 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.