

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15675861

4º A.

ADMISION: 04/06/2025 15:19		INICIO DE ATENCION: 04/06/2025 16:42		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: RAYEN ANTONIA IGNACIA MELIHUEN ABURTO		RUT : 25052976 - 7		TELEFONO: 38729728 (CELULAR)					
DIRECCION: AVENIDA CAUPOLICAN N° 1205, CENTRO COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 9 años 10 meses 12 dias (23/07/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B					
SIGNS VITALES									
Hora :	04/06/2025 15:30	Motivo de Consulta REF. DOLOR AL ORINAR (MIRAFLORES)							
Temperatura Axilar:	36.1 [°C]	Observaciones Categorización REF DISURIA EVO 1 DIA							
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	102 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico							
Dolor, EVA:	A - V - D - I	<input type="checkbox"/> Odontólogo							
Distresado:	NO	<input type="checkbox"/> Matrón(a)							
	SI - NO	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)							
		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico							
		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo							
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"/> 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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
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° 15675861)									
N390 : (En estudio) ITU INFECCION TRACTO URINARIO									
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									
C4									
Procedimientos e Indicaciones en box									
OC INFLAMATORIA CON LEUCO 5-10 X CPO, NITRITOS (-)									
PENDIENTE UROCULTIVO									
Procedimientos									
TOMA DE EXAMENES ORINA									
Indicaciones al alta									
- ABUNDANTE LIQUIDO (CRANBERRIES) - CEFADROXILO 500MG, 1 COMP CADA 12 HRS POR 7 DIAS - IBUPROFENO 400MG C/12 HRS POR 2 DIAS - PARACETAMOL 500MG, 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS - CONTROL CON RESULTADO DE UROCULTIVO EN SU CONSULTORIO EL DIA VIERNES 06/06 PARA EVALUAR CLINICA Y AJUSTE DE TTO SI AMERITA. URGENCIAS SOS ANTE SINTOMAS DE ALARMA									
Envio a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 15675861)									
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario						
04/06/2025 16:42	04/06/2025 19:02	OBSERVACION							
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15675861)									
BASTIÁN ALBERTO CRISOSTOMO BARRA MEDICO APS 190767086									