



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU VILLA ALEGRE

NUMERO DE ATENCION: 15978886

III-OB

ADMISION: 04/09/2025 17:06		INICIO DE ATENCION: 04/09/2025 17:57		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																															
NOMBRE: JOAQUINA ANTONIA MORALES REBOLLEDO DIRECCION: CALLE LOS LAURELES COMUNA: CUNCO EDAD: 16 años 7 meses 26 dias (09/01/2009)		RUT : 22916951 - 3 PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		TELEFONO: 66912817 (CELULAR) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: CARABINEROS (DIPRECA)																															
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>04/09/2025 17:30</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>37,8 [°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>98 ['x]</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>99 [%]</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 :	04/09/2025 17:30	Temperatura Axilar:	37,8 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	98 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO	
Hora :	04/09/2025 17:30																																		
Temperatura Axilar:	37,8 [°C]																																		
Temperatura Rectal:																																			
Presión Sistólica:																																			
Presión Diastólica:																																			
Frecuencia Cardiaca:	98 ['x]																																		
Frecuencia Respiratoria:																																			
Saturometría:	99 [%]																																		
Latidos Cardio - Fetales:																																			
Hemoglucotest:																																			
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																	
Dolor, EVA:																																			
Distresado:	NO	SI - NO																																	
Motivo de Consulta REF VARICELA																																			
Observaciones Categorización REF VARICELA																																			
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> </tr> </table>						<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																								
<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 : ADULTO 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 <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</td> <td><input type="checkbox"/> Contundente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente laboral</td> <td><input type="checkbox"/> Cortante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente escolar</td> <td><input type="checkbox"/> Punzante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</td> <td><input type="checkbox"/> Corto-punzante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</td> <td><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión</td> <td><input type="checkbox"/> Explosión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Riña</td> <td><input type="checkbox"/> Calor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</td> <td><input type="checkbox"/> Frío</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VVS</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Incendio</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Erupción</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami</td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante	<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	
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente																																		
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante																																		
<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																																			
Fecha Aproximada del Hecho <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																											
DIA	MES	AÑO																																	
Hora aproximada del hecho :																																			
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 15978886) B019 : VARICELA																																			
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 Hospitalización: Sin Información.																																			
Procedimientos e indicaciones en box																																			
Categorización Cierre Atención C5																																			
Indicaciones al alta REPOSO EN DOMICILIO POR 10 DIAS ABUNDANTE LÍQUIDO LORATADINA 10MG 1 COMP EN LAS MAÑANAS POR 7 DIAS CLORFENAMINA 4MG 1 COMP POR LAS NOCHES POR 7 DIAS PARACETAMOL 500MG 2 COMP CADA 8H SOS BACITRACINA + NEOMICINA APLICAR 2-3 VECES AL DIA EN LAS LESIONES MAS GRANDES CONTROLAR EN SU CONSULTORIO URGENCIA SOS																																			
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15978886) KARINA TOVAR RUIZ MEDICO APS 26052338-4																																			