



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15946388

PK°

ADMISION: 26/08/2025 17:13		INICIO DE ATENCION: 26/08/2025 19:17		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: AMIRA SOFIA FAÚNDEZ VALLEJOS		RUT :	27410418 - K	TELEFONO:	72173413 (CELULAR)				
DIRECCION: PASAJE EL CEREZO N° 443, BRISAS DEL COMUNA: LLAIMA VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 4 años 8 meses 25 dias (01/12/2020)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - B				
SIGNS VITALES									
Hora :	26/08/2025 17:44								
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	115 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	100 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:	5 ['x]								
Distresado:	SI - NO	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"/> 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <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"/> Media Gravedad (15 - 29 días) <input type="checkbox"/> Grave (30 días o más) <input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios									
Motivo de Consulta									
<input type="checkbox"/> REF. MADRE., DESDE AYER CON VOMITOS, FIEBRE, TOS CON FLEMAS									
Observaciones Categorización									
MADRE REF VÓMITOS, TOS CON EXPECTORACIÓN, DESDE AYER.									
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									
Origen de la Procedencia									
DOMICILIO									
Otros Datos									
* NINGUNO									
Diagnóstico (DAU N° 15946388)									
JO0X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> 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 Sin Indicación Información. Hospitalización:									
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C4									
Procedimientos e indicaciones en box									
Indicaciones al alta REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS (FECHA DE INICIO 26-08-25) HIDRATACION ABUNDANTE MEDIDAS FÍSICAS SOS ASEO NASAL FRECUENTE PARACETAMOL 100 MG/ ML 57 GOTAS C/ 8 HRS X 3 DIAS IBUPROFENO 200 MG/ 5 ML, 5 ML C/ 12 HRS X 3 DIAS LORATADINA 5 MG/ 5 ML, 5 ML C/ 12 HRS X 3 DIAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA CONSULTA SUA SOS									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15946388)									
CHRISTIAN ALEJANDRO SJÖBERG MARQUEZ MEDICO APS 17798450-7									

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.