



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15946388

PK<sup>o</sup>

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: LLAJMA VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 4 años 8 meses 25 días (01/12/2020)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - B						
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora :	26/08/2025 17:44										
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	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									
<b>Motivo de Consulta</b>											
REF. MADRE., DESDE AYER CON VOMITOS, FIEBRE, TOS CON FLEMAS											
<b>Observaciones Categorización</b>											
MADRE REF VÓMITOS, TOS CON EXPECTORACIÓN, DESDE AYER.											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matron(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											
<b>Origen de la Procedencia</b>											
DOMICILIO											
<b>Otros Datos</b>											
* NINGUNO											
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<b>Naturaleza del Hecho</b>											
<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											
<b>Elemento Causante</b>											
<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"/> Frio											
<input type="checkbox"/> Otro											
<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>											
<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									
<b>Hora aproximada del hecho</b>											
:											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>											
<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											
<b>Diagnóstico (DAU N° 15946388)</b>											
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>											
C4											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
AM: (-)											
RAM: (-)											
FCOS: (-)											
PNI: AL DIA											
PACIENTE ACOMPAÑADA POR SU MADRE, CONSULTA POR CUADRO DE 2 DIAS DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR TOS PRODUCTIVA (AYER VOMITOS POR LA TOS), SENSACION FEBRIL, ODINOFAGIA MIALGIAS, SIN OTRAS MOLESTIAS											
EX FISICO:											
MUCOSAS HIDRATADAS, BIEN PERFUNDIDAS											
FARINGE Y AMIGDALAS ERMEMATOSAS, SIN PLACAS DE PUS											
SIN ADENOPATIAS PALPABLES											
RR2T S/ SOPLOS											
TORAX NORMOEXPANSIBLE, S/ USO DE MUSC. ACCESORIA											
MP (+) SRA											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
<b>Indicaciones al alta</b>											
REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS (FECHA DE INICIO 26-08-25)											
HIDRATACION ABUNDANTE											
MEDIDAS FISICAS 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											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15946388)</b>											
CHRISTIAN ALEJANDRO SJOBERG MARQUEZ											
MEDICO APS											
17798450-7											