



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15905166

ADMISION: 15/08/2025 13:03 INICIO DE ATENCION: 15/08/2025 13:23 MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS

NOMBRE: MAITE EMILIA RODRIGUEZ BOLOMEY RUT : 23885877 - 1 TELEFONO: 62894671 (CELULAR)

DIRECCION: CALLE LA CANTERA, METRENCO PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):

COMUNA: PADRE LAS CASAS DECLARADO:

EDAD: 13 años 5 meses 23 días (23/02/2012) SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA) PREVISION: FONASA - B

## SIGNOS VITALES

Hora :	15/08/2025 13:06	
Temperatura Axilar:		
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:		
Frecuencia Respiratoria:		
Saturimetría:		
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:	4 [x]	
Distresado:	NO	SI - NO

## Motivo de Consulta

FLUJO NO RESPIRATORIO (CONUN HUENU)

## Observaciones Categorización

REF DG DE PARVOVIRUS, ACUDE POR DOLOR EN ZONAS DE RONCHAS, SIN FIEBRE.

## Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
- ☐ Odontólogo
- ☐ Matró(a)
- ☐ Enfermero(a)
- ☐ Técnico Paramédico
- ☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta : INFANTIL

Atención Manifestación Social: NO  
Tipo de Paciente: NO APLICAOrigen de la Procedencia  
DOMICILIO

Otros Datos

\* NINGUNO

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

## Naturaleza del Hecho

- ☐ Accidente de tránsito
- ☐ Accidente laboral
- ☐ Accidente escolar
- ☐ Accidente doméstico
- ☐ Accidente en la vía pública
- ☐ Agresión
- ☐ Riña
- ☐ Violencia intrafamiliar
- ☐ Mordedura de perro
- ☐ Agresión sexual
- ☐ Otro
- ☐ Accidente Incendio
- ☐ Accidente Terremoto
- ☐ Accidente Erupción
- ☐ Accidente Tsunami

## Elemento Causante

- ☐ Contundente
- ☐ Cortante
- ☐ Punzante
- ☐ Corto-punzante
- ☐ Arma de Fuego
- ☐ Explosión
- ☐ Calor
- ☐ Frío
- ☐ Otro

## Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

## Hora aproximada del hecho

:
---

## Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- ☐ Paciente sin lesiones
- ☐ Leve (0 - 14 días)
- ☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
- ☐ Grave (30 días o más)
- ☐ Se requieren exámenes complementarios

## Diagnóstico (DAU N° 15905166)

B019 : VARICELA

## Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

## Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
- ☐ Fallecido

## Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio

Sin control

Destino:

Fecha de Indicación Sin

Hospitalización: Información.

## Categorización Cierre Atención

C4

## Anamnesis e historia clínica

AM HIPERTIROIDISMO

FARMACO TIAMAZOL

RAM NO

LESIONES VESICULARES Y OTRAS EN ETAPA DE COSTRAS EN TRONCO-CARA-CUERO CABELLUDO, RESPETANDO PALPA Y PLANTA DEL PIE. AFEBRIL. PRURITO

## Procedimientos e indicaciones en box

AMBULATORIO

## Indicaciones al alta

PLAN

-CLORFENAMINA 4MG 1 CAD 8 HRS POR 5 DIAS

-PARACETAMOL 500MG 2 CADA 6 HRS VO SOS FIEBRE

-REPOSO 1 SEMANA EN CASA

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15905166)