



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16298504

40A

| | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------|--|--|--|---|
| ADMISION: 06/12/2025 09:02 | | INICIO DE ATENCION: 06/12/2025 09:52 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | | | | | |
| NOMBRE: RAYEN ANTONIA IGNACIA MELIHUEN ABURTO | | RUT : 25052976 - 7 | TELÉFONO: 38729728 (CELULAR) | | | | | | |
| DIRECCION: AVENIDA CAUPOLICAN N° 1205, CENTRO COMUNA: TEMUCO | | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: | MAPUCHE | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | | | | |
| EDAD: 10 años 4 meses 13 dias (23/07/2015) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA) | | PREVISION: | FONASA - B | | | | |
| SIGNS VITALES | | | | | | | | | |
| Hora : | 06/12/2025 09:10 | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 36.3 [°C] | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardíaca: | 73 ['x] | | | | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | 20 ['x] | | | | | | | | |
| Saturometría: | 99 [%] | | | | | | | | |
| Latidos Cardí - Fetales: | | | | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I | | | | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | | | | | |
| Distresado: | SI - NO | SI - NO | | | | | | | |
| <p>Motivo de Consulta DOLOR DE GARGANTA, MAREOS, ESCALOFRIOS EV: 3D RAM(-) AM(ASMA) (MIRAFLORES)</p> <p>Observaciones Categorización DOLOR DE GARGANTA, MAREOS, ESCALOFRIOS EV: 3D RAM(-)</p> <p>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</p> <p>Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA</p> <p>Origen de la Procedencia DOMICILIO</p> <p>Otros Datos * NINGUNO</p> | | | | | | | | | |
| 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"/> 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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <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> <p>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</p> <p><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</p> | | | | | | | | | : |
| | | | : | | | | | | |
| <p>Diagnóstico (DAU Nº 16298504) J029 : FARINGITIS AGUDA</p> <p>Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5</p> <p>Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido</p> <p>Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.</p> <p>Categorización Cierre Atención C5</p> | | | | | | | | | |
| <p>Anamnesis e historia clínica</p> <p>AM: ASMA, RINITIS ALERGICA AQX: NIEGA FCOS: SALBUTAMOL SOS, BUDESONIDA 1-1, MOMETASONA, DESLORATADINA ALERGIAS: NIEGA PESO: 58 KG</p> <p>ACUDE POR CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION DE ODINOFAGIA, CONGESTION NASAL, ESCALOFRIOS, FATIGA, MAREOS. SIN FIEBRE CUANTIFICADA</p> <p>AL EX FISICO PRESENTA DESCARGA POSTERIOR OROFARINGE ERITEMATOSA CARDIOPULMONAR NORMAL OTOSCOPIA I CAE SANO TIMPANO INDEMNUS OTOSCOPIA DCAE SANO TIMPANO LEVEMENTE HIPEREMICO</p> <p>Procedimientos e indicaciones en box</p> <p>Indicaciones al alta</p> <p>REPOSO EN DOMICILIO DESDE EL DIA 04/12/2025 POR 5 DIAS ABUNDANTE HIDRATACION IBUPROFENO 400MG 1 CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR PARACETAMOL 500MG 1 CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE URGENCIAS SI DOLOR INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDA CONTROL EN POLICLINICO EN 72 HORAS</p> <p>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16298504)</p> <p>PABLO SEBASTIAN BLASCHKE QUEZADA MEDICO APS 20683669-5</p> | | | | | | | | | |