



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

PA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15817989

ADMISION: 21/07/2025 16:10		INICIO DE ATENCION: 21/07/2025 21:04		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: YERTTY ISABELLA LOPEZ MARIQUEO		RUT : 26216858 - 1		TELEFONO: 41743175 (CELULAR)																													
DIRECCION: CALLE LOS BOLDOS N° 911, SAN ANTONIO COMUNA: TEMUCO EDAD: 7 años 3 meses 6 dias (15/04/2018)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																													
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>21/07/2025 16:17</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.2 [°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 Cardíaca:</td><td>117 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>100 [%]</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></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	21/07/2025 16:17	Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	117 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	21/07/2025 16:17																																
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardíaca:	117 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	100 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	NO																																
	SI - NO																																
Motivo de Consulta — MADRE REF DOLOR DE GARGANTA Y TOS CON SECR. 4D DE EVOL. (CSF MIRAFLORES).-																																	
Observaciones Categorización — MADRE REF. DOLOR DE GARGANTA, CEFALEA, TOS CON SECREC. NO SE PERCIBE APREMIO RESP. EVO 4D PESO; 29KGS																																	
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td colspan="2">Tipo de Consulta : INFANTIL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td colspan="2">Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td colspan="2">Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td colspan="2"></td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL		<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo												
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																	
Origen de la Procedencia DOMICILIO Otros Datos * NINGUNO																																	
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</td> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> <td>:</td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			Hora 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"/> Punzante <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	:																
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			Hora 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"/> Punzante <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	:																												
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 15817989) — JOOX : RINOFARINGITIS AGUDA (REFRIADO COMUN)																																	
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5																																	
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 -																																	
Indicaciones al alta REPOSO EN HOGAR POR 2 DIA, A CONTRAR DESDE 21/07/25 HIDRATACION ABUNDANTE PARACETAMOL 500 MG CADA 8H POR 5 DIAS IBUPROFENO 400 MG CADA 12 H POR 3 DIAS CONSULTAR EN URGENCIAS SOS																																	
Categorización Cierre Atención C5																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15817989) JUAN NAVARRO ROJAS MEDICO APS 20179142-1																																	