

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16133177

IOPA

ADMISION: 18/10/2025 23:22		INICIO DE ATENCION: 18/10/2025 23:32		MEDIO LLEGADA: AMBULANCIA													
NOMBRE: LUCIA BERNARDITA SANDOVAL CABRERA		RUT:	23275679 - 9	TELEFONO:	71412831 (CELULAR)												
DIRECCION: LAS GOLONDRINAS 0367, BARRIO LOS CASTAÑOS LB TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		: PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):													
EDAD: 15 años 7 meses 8 dias (10/03/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - D													
SIGNS VITALES																	
Hora :	18/10/2025 23:29																
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																
Temperatura Rectal:																	
Presión Sistólica:	94 [mmHg]																
Presión Diastólica:	51 [mmHg]																
Frecuencia Cardíaca:	89 ['x]																
Frecuencia Respiratoria:																	
Saturometría:	96 [%]																
Latidos Cardíaco - Fetales:																	
Hemoglobiost:																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I															
Dolor, EVA:																	
Distresado:	SI - NO	SI - NO															
<p>Motivo de Consulta [DERIVADA] SAR LBZ SOLICITA REALIZACION DE EXAMENES: OBS DE ITU.-</p> <p>Observaciones Categorización DERIVADA , PARA TOMA DE EXS Y REVALUACION OBS DE ITU.</p> <p>Funcionario Que Atiende</p> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td>Type of Consultation : ADULTO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td>Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td></td></tr> </table> <p>Origen de la Procedencia DOMICILIO</p> <p>Otros Datos * NINGUNO</p>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Type of Consultation : ADULTO	<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	Type of Consultation : ADULTO																
<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																	
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"/> Rifa <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"/> Puntzante <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 :												
<p>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</p> <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																	
<p>Diagnóstico (DAU Nº 16133177) N390 : (En estudio) INFECCION URINARIA</p> <p>Resultado aplicación protocolo selector de demanda C3</p>																	
<p>Anamnesis e historia clínica ACOMPAÑADA POR MADRE</p> <p>AM: DEPRESION RAM: NIEGA PESO: 50KG</p> <p>MC: DERIVADA DESDE SAR LABRANZA PARA ESTUDIO EN CONTEXTO DE SOSPECHA DE PIELONEFRITIS. EVALUADA EN TELEMEDICINA HACE 2 DIAS, DG Y TRATAMIENTO AEMPIRICO DE ITU CON NITROFURANTOINA 100MG CADA 12 HORAS. HOY PRESENTA FIEBRE HASTA 39°C.</p> <p>AL EXÁMEN: VIGIL, REACTIVA, BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESSIBLE, DOLOR A PALPACIÓN DE HIPOGASTRO, NO PALPO MASAS NI VISCIROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. PUÑOPERCUSIÓN NEGATIVA BILATERAL</p> <p>Procedimientos e indicaciones en box</p> <p>EXAMENES 2 TUBOS OC+UC SF250CC + KETOPROFENO 200MG EV</p> <p>REVISO EXAMENES: GB 9.79; NEUT 74.2%; PCR 30.3 CREATININA 0.52 OC INFLAMATORIA CON LEUCOCITURIA, NITRITOS NEGATIVOS, BACTERIAS REGULAR CANTIDAD, CELULAS EPITELIALES ABUNDANTES</p>																	
<p>Indicaciones al alta</p> <p>REPOSO EN CASA HASTA MIERCOLES 22/10/2025 (INCLUYENDO) HIDRATACIÓN ABUNDANTE CIPROFLOXACINO 1 COMPRIMIDO CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS PARACETAMOL 1 COMPRIMIDO Y MEDIO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS PAPOVERINA/ATROPINA 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS CONTROL EN 72 HORAS EN POLICLÍNICO DE SU CONSULTORIO PARA REVISIÓN DE UROCULTIVO URGENCIAS SOS</p>																	
<p>Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU Nº 16133177)</p> <table border="1"> <tr> <th>Fecha Envío</th> <th>Fecha Regreso</th> <th>Tipo</th> <th>Comentario</th> </tr> <tr> <td>19/10/2025 00:07</td> <td></td> <td>OBSERVACION</td> <td></td> </tr> </table> <p>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16133177)</p> <p>ALVARO IGNACIO VILLALBA PACHECO MEDICO APS 19075387-5</p>						Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario	19/10/2025 00:07		OBSERVACION					
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario														
19/10/2025 00:07		OBSERVACION															

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.