



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16051089

PKO

ADMISION: 25/09/2025 12:28		INICIO DE ATENCION: 25/09/2025 13:08		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: AMIRA SOFIA FAUNDEZ VALLEJOS		RUT :	27410418 - K	TELEFONO:	72173413 (CELULAR)																												
DIRECCION: PASAJE EL CEREZO N° 443, BRISAS DEL COMUNA: LLAIMA VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																													
EDAD: 4 años 9 meses 24 dias (01/12/2020)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - B																												
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>25/09/2025 12:32</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.5 [°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 Cardiaca:</td><td>103 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</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>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	25/09/2025 12:32	Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	103 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	25/09/2025 12:32																																
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardiaca:	103 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	98 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	SI - NO																																
	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> (ACC ESCOLAR) CAIDA GOLPE EN LA CABEZA																																	
<b>Observaciones Categorización</b> (ACC ESCOLAR) CAIDA GOLPE EN LA CABEZA																																	
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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		<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA <b>Origen de la Procedencia</b> DESCONOCIDO <b>Otros Datos</b> * NINGUNO																															
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <th> <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito  <input type="checkbox"/> Accidente laboral  <input checked="" 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 Eruption  <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami         </th> <th> <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 checked="" type="checkbox"/> Otro         </th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>12 : 00</th> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>25</td> <td>09</td> <td>2025</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 checked="" 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 Eruption <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 checked="" type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	12 : 00			25	09	2025											
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 checked="" 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 Eruption <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 checked="" type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	12 : 00																												
		25	09	2025																													
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones <input checked="" 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° 16051089)</b> <b>S009 : CONTUSIÓN DE LA CABEZA</b>																																	
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4																																	
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																	
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:																																	
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> RX CRANEO AP-L : SIN LESIONES OSEAS AGUDAS																																	
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO POR 2 DIAS EN CASA RÉGIMEN LIVIANO HIDRATACIÓN A TOLERANCIA HIELO EN ZONA AFECTADA 10 MIN , POR 4 VECES AL DIA IBUPROFENO 5 CC SOS SI DOLOR , MAX CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS SE ENTREGA HOJA TEC , ACUDIR A URGENCIAS ANTE SIGNOS DE ALARMA INDICADOS																																	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16051089)</b> <p>MARCELO ALEJANDRO GAJARDO LIMARÍ MEDICO APS 19195508-0</p>																																	

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.