



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15940229

10

ADMISSION: 25/08/2025 08:22		INICIO DE ATENCION: 25/08/2025 08:43		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: YERTTY ISABELLA LOPEZ MARIQUEO		RUT : 26216858 - 1		TELEFONO: 41743175 (CELULAR)																													
DIRECCION: CALLE LOS BOLDOS N° 911, SAN ANTONIO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																													
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - A																													
EDAD: 7 años 4 meses 10 dias (15/04/2018)																																	
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>25/08/2025 08:28</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 Cardíaca:</td><td>128 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>97 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardí - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucoset:</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 :	25/08/2025 08:28	Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	128 [x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	97 [%]	Latidos Cardí - Fetales:		Hemoglucoset:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	25/08/2025 08:28																																
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardíaca:	128 [x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	97 [%]																																
Latidos Cardí - Fetales:																																	
Hemoglucoset:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	NO																																
	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> REF MADRE// 2DA CONSULTA. MISMOS SINTOMAS. VÓMITOS ,DOLOR ABD. MAREADA EVO: 5 DIAS RAM(-) AM(-) (MIRAFLORES)																																	
<b>Observaciones Categorización</b> REF MADRE// 2DA CONSULTA. MISMOS SINTOMAS. VÓMITOS, DOLOR ABD, MAREADA EVO: 5 DIAS PESO: 32 KG																																	
<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 <b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APlica																																	
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																	
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																	
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha 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: Eruption  <input type="checkbox"/> Accidente: Tsunami         </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente  <input type="checkbox"/> Cortante  <input type="checkbox"/> Puntante  <input type="checkbox"/> Corte-puntante  <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  <input type="checkbox"/> Explosión  <input type="checkbox"/> Calor  <input type="checkbox"/> Frio  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td> </tr> </table>						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"/> Agresión sexual <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho															
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"/> Agresión sexual <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho																								
DIA	MES	AÑO																															
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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																																	
<b>Diagnóstico (DAU N° 15940229)</b> <b>JO39 : AMIGDALITIS AGUDA</b>																																	
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="checkbox"/> 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 Hospitalización: Información.																																	
<b>Categorización Cierre Atención</b> <input type="checkbox"/> C5																																	
<b>Procedimientos e Indicaciones en box</b>																																	
<b>Indicaciones al alta</b> PARACETAMOL 500 MG C/8H POR 5 DIAS IBUPRÓFENO 400 MG C/8H POR 4 DIAS DESFLORATADINA 2.5MG/5ML 3ML C/DIA POR 3 DIAS AMOXICILINA 500MG/5ML 5ML C/8H POR 7 DIAS PARCEVERINA 5MG/ML 15 GOTAS C/8H POR 3 DIAS TOMAR ABUNDANTE AGUA DIETA LIVIANA: SIN GRASAS, SIN FRITURAS, SIN BEBIDAS GASEOSAS NI AZUCARADAS. REPOSO EN CASA POR 7 DIAS CONTROL EN SU CONSULTORIO A LA BREVEDAD PARA SEGUIMIENTO MEDICO >>CUADRO ACTUAL NO ES URGENCIA, PREFERIR SU CONSULTORIO<<																																	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15940229)</b> IGNACIO ANDRÉS GONZÁLEZ CASTILLO MÉDICO APS 18655642-K																																	