



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
QUILLÓN

\*\*\*\*\*

DECRETO ALCALDICIO N° 4.001

Quillón, 10 JUL 2024

**VISTOS:**

- El Protocolo de aplicación del seguro escolar en CESFAM Dr. Alberto Gyhra Soto.
- El Memorándum interno N° 47, de fecha 09/07/2024.
- El decreto Alcaldicio N° 399 de fecha 19/01/2024, que designa subrogancias del cargo de Secretario Municipal.
- El decreto Alcaldicio N° 2832/2021, que establece subrogancia del cargo de Alcalde.
- El decreto Alcaldicio N° 3.519, de fecha 25/11/2020, que Nombra en el cargo de Administrador municipal al Sr. José Acuña Salazar.
- El decreto N° 2.287 de fecha 29/06/2021 que ratifica en el cargo de Administrador municipal al Sr. José Acuña Salazar.
- El decreto N° 2.288, de fecha 29/06/2021, que delega funciones y atribuciones del Alcalde al Administrador municipal y a quien los subrogue
- El decreto Alcaldicio N° 1099 de fecha 04/03/2020, que aprueba el Reglamento de organización y funciones del Departamento de salud municipal Quillón.
- El decreto Alcaldicio N° 1100 de fecha 04/03/2020, que aprueba reglamento comunal de atención primaria de salud municipal Quillón.
- La Ley N° 19.378/95, sobre estatuto de atención primaria de salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- La Ley N° 18.883/89, estatuto administrativo para funcionarios municipales.
- El decreto Alcaldicio N° 7.691 de fecha 12 de Diciembre del 2023, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2024 del Departamento de Salud.
- El decreto Alcaldicio N° 2.286, de fecha 29 de junio del 2021, que nombra como Alcalde de la I. municipalidad de Quillón al Sr. Miguel Alfonso Peña Jara.
- La Ley N° 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988, sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

**DECRETO:**

- 1.- **APRUEBASE**, "El Protocolo de aplicación del seguro escolar en CESFAM Dr. Alberto Gyhra Soto".

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.**



**EDUARDO FUENTES HEREDIA**  
**SECRETARIO MUNICIPAL (S)**  
**MINISTRO DE FE**



**MIGUEL PEÑA JARA**  
**ALCALDE**

JAS/JOP/SVV/jsb.

09.07.2024

**DISTRIBUCIÓN**

- Archivo Secretaria Municipal Quillón.
- Archivo Depto. de Salud Municipal Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas del Desamu.
- Archivo Dirección CESFAM




MEMO. INT.: Nº 47 /

Quillón, 09 de julio 2024.

**DE: ANDREA PALAVECINO MIRANDA  
DIRECTORA DEL CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO**

**A: FUNCIONARIOS DE SALUD  
CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO**

Junto con saludar, informo Junto con saludar, informo que se aprueba, a partir del mes de julio del 2024, la 1° versión del **PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO**, con la finalidad de estandarizar el procedimiento entre los funcionarios involucrados en el proceso y así garantizar la continuidad de la atención de los usuarios. Sin más que informar, atentamente,


  
\_\_\_\_\_  
**ANDREA PALAVECINO MIRANDA**  
**DIRECTORA CESFAM ALBERTO GYHRA SOTO**  
**QUILLÓN**



**APM/jla**


**Distribución:**

- La indicada
- Archivo Dirección
- Oficina de calidad y seguridad del paciente
- Encargado/a unidad de procedimientos
- Estamento médico
- Encargado del programa odontológico
- Encargado/a programa de salud sexual y reproductiva
- Encargado SUR
- CECOSF El casino
- PSR

	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO</b>	Código: SUR 1.1
		Edición: Primera
		Fecha: Julio 2024
		Página: 1 de 13
		Vigencia: Julio 2029


# PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO

<p><b>Elaborado Por:</b> Rogers Jara Contreras [Redacted] Enfermera EU. Rogers Jara C. Rut: [Redacted] Referente seguro escolar CESFAM Dr. Alberto Gyhra Soto</p>	<p><b>Revisado Por:</b> [Redacted] EU. Alessia Jara A. Rut: [Redacted] Referente de Calidad y Seguridad del Paciente CESFAM Dr. Alberto Gyhra Soto</p>	<p><b>Aprobado Por:</b> [Redacted] Mat. Andrea Palavecino M. Rut: [Redacted] Directora CESFAM Dr. Alberto Gyhra Soto</p>
<p><b>Fecha:</b> Julio 2024</p>	<p><b>Fecha:</b> Julio 2024</p>	<p><b>Fecha:</b> Julio 2024</p>

 <p>Centro del Seguro Escolar Dr. Alberto Gyhra Soto</p>	<p><b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO</b></p>	<b>Código: SUR 1.1</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: Julio 2024</b>
		<b>Página: 2 de 13</b>
		<b>Vigencia: Julio 2029</b>

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVO	3
3. ALCANCE	3
4. RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN	4
5. REFERENCIAS	4
6. DEFINICIONES O GLOSARIO	5
7. DESARROLLO	5
8. DISTRIBUCIÓN	7
9. RESPONSABILIDAD DEL ENCARGADO	7
10. REGISTROS	7
11. FLUJOGRAMA	8
12. TABLA DE MODIFICACIONES	9
13. ANEXOS	10

 <p>Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Gyhra Soto</p>	<p><b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO</b></p>	<b>Código: SUR 1.1</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: Julio 2024</b>
		<b>Página: 3 de 13</b>
		<b>Vigencia: Julio 2029</b>

## INTRODUCCIÓN

El Decreto Supremo N° 313 en el artículo N° 3 de la Ley N° 16.744 del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, dispone que estarán protegidos todos los estudiantes de establecimientos fiscales o particulares por los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios o en la realización de su práctica educativa.


Es por esto que los establecimientos de salud deben contar con líneas de acción frente a consultas de este tipo, con la finalidad de otorgar una atención oportuna según su gravedad a los usuarios.

### 1. OBJETIVO

Estandarizar el proceso de atención por consultas relacionadas a seguro escolar, que se presenten en el establecimiento, para garantizar la continuidad de la atención de los usuarios.

### 2. ALCANCE

Este documento se aplicará en forma oportuna y coordinada a todo usuario el que el motivo de consulta se asocie a seguro escolar, tanto en jornada hábil como en consultas SUR CESFAM Dr. Alberto Gyhra Soto y en horario hábil de CECOSF, en el caso de existir usuarios en las localidades que requieran de atención en PSR Juan Enriquez Mora, Liucura Alto y Chancal, serán derivadas y atendidas en CESFAM en caso pertinente, si se escapa la resolutive local se derivara a Hospital Bulnes


	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO</b>	<b>Código: SUR 1.1</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: Julio 2024</b>
		<b>Página: 4 de 13</b>
		<b>Vigencia: Julio 2029</b>

### 3. RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN

- **Médico de la unidad de procedimientos y SUR:** Responsable de la evaluación y atención.
- **Odontólogo (a):** Responsable de la evaluación y atención, según pertinencia en la consulta.
- **Matrón/a:** Responsable de la evaluación y atención, según pertinencia en la consulta.
- **Enfermera/o de procedimientos:** responsable de la valoración primaria y coordinar según valoración y priorización.
- **TENS de unidad de procedimientos y SUR:** responsable de la valoración primaria y coordinación de hora según categorización (cuando enfermero/a no se encuentra disponible).
- **Referente seguro escolar del establecimiento:** guardar en carpeta las copias de denuncias por accidente escolar, para futuros informes que sean solicitados por los referentes regionales.

### 4. REFERENCIAS

- Instituto de Seguridad Laboral. Seguro Escolar. [página web]. Disponible en: [Seguro escolar - Instituto de Seguridad Laboral \(isl.gob.cl\)](https://www.isl.gob.cl/seguro-escolar)
- Instituto de Seguridad Laboral. Informe de proceso y resultados, Diálogos Participativos sobre #Seguro Escolar 2023. Santiago de Chile, Diciembre 2023.
- Servicio Salud Ñuble. Ordinario 5/ N° 0845 11-08-2023. Consideraciones sobre el seguro de accidentes escolares.
- Ley Chile. Ministerio del trabajo y previsión social; subsecretaría de previsión social. Ley 16744 Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Fecha publicación: 01-02-1968; Fecha promulgación: 23-01-1968. Última versión: 10-03-2022. [página web]. Disponible es: [Ley Chile - Ley 16744 - Biblioteca del Congreso Nacional \(bcn.cl\)](https://www.bcn.cl/ley-chile/ley-16744)

	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO</b>	<b>Código: SUR 1.1</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: Julio 2024</b>
		<b>Página: 5 de 13</b>
		<b>Vigencia: Julio 2029</b>


## 5. DEFINICIONES O GLOSARIO

- **Accidente escolar:** Toda lesión que un estudiante sufra a causa o con ocasión de sus estudios, o de la realización de su práctica profesional o educacional, y que le produzca incapacidad o muerte. Incluyen también los accidentes de trayectos ya sea a su establecimiento educacional o centro de práctica.
- **Denunciante:** Puede ser el establecimiento educacional, el propio afectado (con un referente adulto si es menor de edad), cualquier persona adulta que haya tenido conocimiento de los hechos (Inspector de colegio).
- **Seguro escolar:** es un beneficio del Estado, de carácter social/benefactor. Se regula desde la ley N° 16.744, a través del Decreto Supremo N° 313, que determina al Seguro de carácter universal y protege a estudiantes desde el nivel preescolar hasta el superior, siempre y cuando registre matrícula vigente.
- **SOME Azul:** área en el establecimiento de salud donde se realiza el ingreso y motivo de consulta y se mantiene en espera de atención.
- **TENS:** Técnico Enfermería Nivel Superior
- **SUR:** Servicio Urgencia Rural
- **CESFAM:** Centro Salud Familiar
- **DIAE:** Documento Individual de Accidente Escolar
- **PSR:** Posta de salud rural

## 6. DESARROLLO

### 7.1 INICIO DEL PROCEDIMIENTO

- El procedimiento se inicia cuando un usuario consulta en CESFAM.
- Usuario consulta en SOME azul, refiere que es por seguro escolar y puede traer denuncia individual de seguro escolar (Anexo 1).
- Enfermero o TENS realizan valoración primaria (incluye signos vitales y primera atención según el motivo de consulta).

	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO</b>	<b>Código: SUR 1.1</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: Julio 2024</b>
		<b>Página: 6 de 13</b>
		<b>Vigencia: Julio 2029</b>


## 7.2 DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

- Se ingresa a menor en SOME previa entrega de DIAE acompañada por un familiar responsable mayor de edad o de inspector del colegio en donde se ingresa y se evalúa por enfermero(a) o TENS del servicio de procedimiento en horario diurno o servicio de urgencia rural comuna Quillón y se gestiona atención, en el caso de sobrepasar la capacidad de resolución se deriva a Hospital Comunitario Bulnes en caso necesario. Aquí se mencionan los criterios de evaluación por médico. Para jornada día se estableció planilla guía (Anexo 2), para facilitar la valoración de los usuarios.
- Si la lesión involucra cavidad bucal y hay pérdida de pieza dental. Se debe dar aviso inmediato a Odontólogo/a.
- Si la lesión involucra zonas genitales, se dará aviso a matrn/a para evaluación.
- Si las consultas exceden la demanda aplica: "Protocolo procedimiento de derivación de urgencias que exceden la capacidad resolutive del CESFAM Dr. Alberto Ghyra Soto".

## 7.3 TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO

- Medico deja registro de atención en ficha clínica, y coloca timbre para marcar accidente escolar (si corresponde). Sino clasifica como seguro escolar, medico dejara mencionado en ficha clínica.
- Odontólogo deja registro de atención en ficha clínica.
- Matrn/a deja registro de atención en ficha clínica
- Copia de denuncia individual de accidente escolar es guardada en carpeta que se encuentra en sala de procedimientos. Las otras copias son entregadas a usuarios.



	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO</b>	<b>Código: SUR 1.1</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: Julio 2024</b>
		<b>Página: 7 de 13</b>
		<b>Vigencia: Julio 2029</b>

## 7. DISTRIBUCIÓN


- Dirección del establecimiento
- Encargado/a unidad de procedimientos
- Estamento médico
- Encargado programa odontológico
- Encargado programa de salud sexual y reproductiva
- Encargado SUR
- Referente de calidad y seguridad del paciente
- CECOSF El Casino
- PSR

## 8. RESPONSABILIDAD DEL ENCARGADO

- Referente seguro escolar velar por el cumplimiento del protocolo.

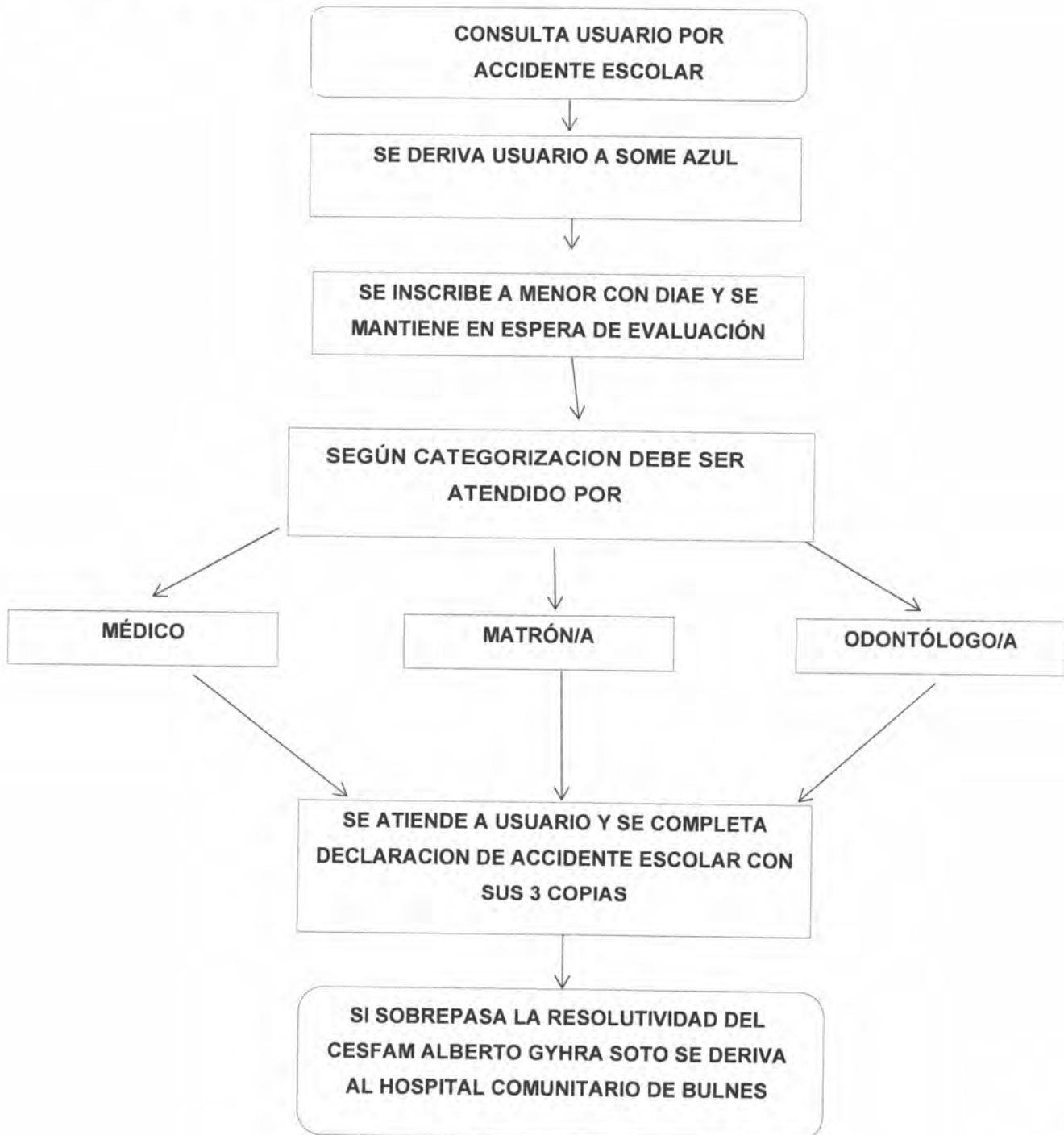
## 9. REGISTROS


- Ficha Clínica
- Copia de Denuncia individual de accidente escolar

	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO</b>	<b>Código: SUR 1.1</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: Julio 2024</b>
		<b>Página: 8 de 13</b>
		<b>Vigencia: Julio 2029</b>

## 10. FLUJOGRAMA

Flujograma de atención por seguro escolar:



 <p>Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Gyhra Soto</p>	<p><b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO</b></p>	Código: SUR 1.1
		Edición: Primera
		Fecha: Julio 2024
		Página: 9 de 13
		Vigencia: Julio 2029

### 11. TABLA DE MODIFICACIONES

Edición N°	Motivo del Cambio	Fecha Aprobación



**PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO**

Código: SUR 1.1  
 Edición: Primera  
 Fecha: Julio 2024  
 Página: 10 de 13  
 Vigencia: Julio 2029

**12. ANEXOS**

**Anexo 1. Declaración individual de accidente escolar**



**DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR**

N°

Antes de registrar los datos lee las instrucciones al reverso

**A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO**

FISCAL O MUNICIPAL = 1  
 PARTICULAR = 2

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ COMUNA \_\_\_\_\_

CURSO \_\_\_\_\_ HORARIO \_\_\_\_\_

FECHA REGISTRO DE LOS DATOS  
 DIA MES AÑO

SEXO  
 M = 1 F = 2

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

AÑO NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

RESIDENCIA HABITUAL \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ POBLACION/VILLA \_\_\_\_\_ COMUNA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

**C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE (FECHA, HORA Y DIA DE LA SEMANA EN QUE SE ACCIDENTO)**

HORA \_\_\_\_\_ MIN \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_

TESTIGOS (EN CASO DE TRAYECTO)

DIA ACCIDENTE:  
 LUNES = 1  
 MARTES = 2  
 MIERCOLES = 3  
 JUEVES = 4  
 VIERNES = 5  
 SABADO = 6  
 DOMINGO = 7

ACCIDENTE:  
 DE TRAYECTO = 1  
 EN LA ESCUELA = 2

NOMBRE APELLIDO \_\_\_\_\_ C. NAC. DE ID \_\_\_\_\_

NOMBRE APELLIDO \_\_\_\_\_ C. NAC. DE ID \_\_\_\_\_

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FIRMA Y TIMBRE  
 RECTOR O REPRESENTANTE

**D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE**

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL \_\_\_\_\_

DIRECCION MEDIO \_\_\_\_\_

PARTE DEL CUERPO AFECTADA \_\_\_\_\_

HOSPITALIZACION  
 SI = 1 NO = 2

TOTAL DIAS HOSP. \_\_\_\_\_

INCAPACIDAD  
 SI = 1 NO = 2

TOTAL DIAS INCAPACIDAD \_\_\_\_\_

TIPO DE INCAPACIDAD:  
 LEVE = 1  
 TEMPORAL = 2  
 INVALIDEZ PARCIAL = 3  
 INVALIDEZ TOTAL = 4  
 GRAN INVALIDEZ = 5  
 MUERTE = 6

CAUSA DE OCURRER DEL CASO:  
 ALTA MEDICA = 1  
 INVALIDEZ = 2  
 ABANDONO DE TRATAMIENTO = 3  
 MUERTE = 4

FECHA OCURRER DEL CASO  
 AÑO MES DIA

FIRMA DEL ESTADISTICO \_\_\_\_\_





**PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO**

Código: SUR 1.1  
Edición: Primera  
Fecha: Julio 2024  
Página: 11 de 13  
Vigencia: Julio 2029



**INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL FORMULARIO 0374-3**

**DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR N° \_\_\_\_\_**

Se llevará una numeración correlativa anual del Establecimiento. De igual forma lo hará el Servicio de Salud, Servicio Delegado, Caja de Previsión o Mutual desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de cada año.

**A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO**

- Anotar el nombre del Establecimiento Educacional, la ciudad en que está ubicado y la comuna a que pertenece.
- Anotar en el cuadro el número 1 si el Establecimiento es fiscal o municipal, y un 2 si es particular.
- Indicar el curso, Nivel de Enseñanza (Básico, Medio, Universitario) y Horario de clases (Diurno, Vespertino, Nocturno)
- Señalar fecha en que se registraron los datos (Día, Mes, Año)

**B. INDIVIDUALIZACION DEL ACCIDENTADO**

- Nombre: Indicar Apellido Paterno, Materno y Nombre del Accidentado.
- Sexo: Marque en el cuadro con un 1 si es masculino o un 2 si es femenino.
- Año de Nacimiento: Señale los dos últimos dígitos del año de nacimiento del accidentado.
- Edad: Anote los años cumplidos a la fecha del accidente.
- Residencia Habitual: Indicar el domicilio del accidentado: Calle, Número, Población o Vía, Comuna, Ciudad.


**C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE**

- Señale la Hora y Minutos, Año, Mes y Día en que se produjo el Accidente, en los recuadros correspondientes.
- Día accidental: Anotar en el recuadro el número que corresponda al día de la semana en que se produjo el accidente.
- Accidente: Anotar en el recuadro un 1 si el accidente fue trayecto o 2 si fue en la Escuela.
- En caso de ser accidente de trayecto, señale a dos testigos (a, b) con sus respectivos números de Cédula de Identidad.
- Circunstancias del Accidente: Precise el sitio y anote si se debió a golpe con o por; golpe contra, caída a diferentes niveles, contactos con, atrapamientos, debido a exposición, sobreesfuerzo, u otros.
- Firma y timbre del rector o representante del establecimiento educacional, EVITANDO TAPAR CASILLEROS DE CODIFICACION O DATOS CONSIGNADOS

Para ser llenado por Establecimiento Asistencial

**D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE**

- Establecimiento Asistencial: Indica el Nombre del Establecimiento.
- Código del Servicio: Anotar el número del Servicio de Salud al que pertenece, y el código del Establecimiento. (Ejemplo: Hospital Curico se codifica 15-100)
- Diagnóstico Médico: Anote todos los diagnósticos consignados por el Médico tratante que tenga relación con la Actividad del Accidentado.
- Codificación: CODIFICAR EL DIAGNÓSTICO
- Parte del cuerpo afectada: De responsabilidad del Médico tratante, anotar parte del cuerpo afectado.
- Hospitalización: Anotar en el cuadro un 1 si se hospitalizó al accidentado o un 2 si no se hospitaliza.
- Total días Hosp: Si hospitalización fue = 1 anotar en recuadros el número de días de hospitalización. Para calcular TOTAL DIAS HOSP, se debe sacar la diferencia entre fecha de Egreso y fecha de Ingreso al hospital.
- Incapacidad: Anotar en el recuadro 1 si estuvo incapacitado al accidente o un 2 en caso contrario.
- Total Días Incapacidad: Si Incapacidad fue = 1 anotar en el recuadro el número de días de Incapacidad otorgada por el médico.
- Tipo de Incapacidad: En el recuadro coloque el número que corresponde al tipo de Incapacidad.
- Causa de Cierre del Caso: En el recuadro coloque el número que corresponde a la causa de cierre del Caso.
- Fecha de Cierre del Caso: Coloque en los recuadros correspondientes DIA, MES Y AÑO en que se cerró el Caso.
- Firma del establecimiento para conformidad de los datos, EVITANDO TAPAR CASILLEROS DE CODIFICACION O DATOS CONSIGNADOS.

 <p>Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Gyhra Soto</p>	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO</b>	<b>Código: SUR 1.1</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: Julio 2024</b>
		<b>Página: 12 de 13</b>
		<b>Vigencia: Julio 2029</b>

## Anexo 2. Planilla de apoyo para la valoración en Servicio de Procedimiento y/o SU

<p><b>Presión arterial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sistólica mayor a 180 o menor a 90</li> <li><input type="checkbox"/> Diastólica mayor a 110 o menor a 60</li> </ul> <p><b>Frecuencia cardiaca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mayor a 120/sintomático</li> <li><input type="checkbox"/> Menor a 60/sintomático</li> </ul> <p><b>Frecuencia respiratoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menor a 12 o mayor a 20 adulto/adolescente</li> <li><input type="checkbox"/> Menor a 30 o mayor a 60 lactante menor (menos de 1 año)</li> <li><input type="checkbox"/> Menor a 24 o mayor a 40 lactante mayor (hasta 2 años)</li> <li><input type="checkbox"/> Menor a 22 o mayor a 34 preescolar (hasta 5 años)</li> <li><input type="checkbox"/> Menor a 18 o mayor a 30 escolar.</li> </ul> <p><b>Temperatura axilar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mayor a 38°C</li> <li><input type="checkbox"/> Menor a 36°C</li> </ul> <p><b>Saturometría de pulso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menor de 94% en adulto o niño</li> <li><input type="checkbox"/> Menor de 90% en adultos con EPOC</li> </ul> <p><b>Hemoglucotest</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mayor a 400 mg/dL sintomático</li> <li><input type="checkbox"/> Menor a 60 mg/dL sintomático</li> </ul> <p><b>Compromiso de conciencia</b></p>	<p><b>Cefalea:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Inicio brusco y reciente</li> <li><input type="checkbox"/> Compromiso del estado general invalidante</li> </ul> <p><b>Quemaduras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> En zonas de alto riesgo (cara, cuello, manos, genitales, pliegues)</li> <li><input type="checkbox"/> 2º grado o más (pérdida de continuidad de la piel o formación de flictenas)</li> </ul> <p><b>Sospecha de fractura / Accidentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Politraumatizado</li> <li><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</li> <li><input type="checkbox"/> Trauma menor con deformidad, enrojecimiento, aumento de volumen o dolor agudo.</li> <li><input type="checkbox"/> Caída de altura</li> <li><input type="checkbox"/> Herida punzante, cortante, penetrante o por proyectil</li> <li><input type="checkbox"/> Contusión de cráneo</li> </ul> <p><b>Reacciones alérgicas con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Compromiso respiratorio</li> <li><input type="checkbox"/> Gran extensión</li> <li><input type="checkbox"/> Edema facial</li> </ul> <p><b>Usuario/a de alto riesgo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Adulto mayor</li> <li><input type="checkbox"/> Menor de 5 años</li> <li><input type="checkbox"/> Embarazada</li> </ul>
--	---



**PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR EN CESFAM DR. ALBERTO GYHRA SOTO**

**Código: SUR 1.1**

**Edición: Primera**

**Fecha: Julio 2024**

**Página: 13 de 13**

**Vigencia: Julio 2029**

- Sin respuesta verbal
- Sin respuesta ocular
- Sin respuesta a estímulo doloroso

**Convulsión**

- Movimientos involuntarios
- Relaja esfínteres
- Desviación ocular
- Refiere convulsión en las últimas 2 **hrs**

**Sospecha de Accidente Vascular Encefálico**

- Asimetría facial (desviación de comisura labial)
- Disartria
- Debilidad de hemicuerpo unilateral

**Dificultad respiratoria**

- Cuerpo extraño en vía aérea
- Cianosis peribucal o ungueal
- Quejido respiratorio
- Retracción costal
- Ruidos respiratorios audibles
- FR aumentado para la edad

**Dolor abdominal**

- Severo
- Persistente, mayor de 4 **hrs** de evolución

**Diarrea o vómitos**

- Observables en un periodo de 2 horas
- Asociado a signos de deshidratación (Ojos hundidos, ausencia de lágrimas, signo de pliegue, sequedad de mucosas, oliguria, anuria o polidipsia)
- Síndrome disentérico (diarrea sanguinolenta)
- Hematemesis (vómito con sangre roja) o Melena (heces con sangre color negro)

**Metrorragia**

- Comienzo reciente
- Compromiso hemodinámico

**Dolor torácico**

- Lleva más de 30 minutos
- Opresivo, fuerte intensidad

**Lumbalgia asociada a:**

- Síntomas urinarios
- Vómito - diarrea
- Refractario

**Afección urinaria:**

- Hematuria macroscópica
- Retención urinaria completa
- Anuria

**Dolor:**

- Eva mayor o igual a 7 puntos

**Otras afecciones:**

- Trauma ocular, cuerpo extraño
- Otagia y otorrea/otorragia
- Intento o ideación suicida
- Agitación psicomotora
- Constatación de lesiones
- Agresión sexual