

IOP

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 16066358

ADMISION: 29/09/2025 17:30		INICIO DE ATENCION: 29/09/2025 17:36		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																											
NOMBRE: FERNANDA MARTINA SOTO RIQUELME		RUT:	23446630 - 5	TELEFONO:	92251802 (CELULAR)																										
DIRECCION: CALLE PASAJE KAREN 102 COMUNA: TEMUCO EDAD: 14 años 11 meses 23 dias (06/10/2010)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																											
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - C																										
SÍGNOS VITALES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Hora :</td><td>29/09/2025 17:30</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>39.4 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>101 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>66 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>160 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardíaco - 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>NO</td></tr> <tr><td>Distresos:</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	29/09/2025 17:30	Temperatura Axilar:	39.4 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	101 [mmHg]	Presión Diastólica:	66 [mmHg]	Frecuencia Cardíaca:	160 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	99 [%]	Latidos Cardíaco - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:	NO	Distresos:	SI - NO
Hora :	29/09/2025 17:30																														
Temperatura Axilar:	39.4 [°C]																														
Temperatura Rectal:																															
Presión Sistólica:	101 [mmHg]																														
Presión Diastólica:	66 [mmHg]																														
Frecuencia Cardíaca:	160 ['x]																														
Frecuencia Respiratoria:																															
Saturometría:	99 [%]																														
Latidos Cardíaco - Fetales:																															
Hemoglucotest:																															
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																														
Dolor, EVA:	NO																														
Distresos:	SI - NO																														
Motivo de Consulta <input type="checkbox"/> REF. FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS																															
Observaciones Categorización <input type="checkbox"/> REF. FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS																															
Funcionario Que Atiende <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																															
Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																															
Origen de la Procedencia DOMICILIO Otros Datos * NINGUNO																															

EN CASO DE TRÁUMA, 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"/> 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 Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						

- Diagnóstico (DAU N° 16066358)

J039 : AMIGDALITIS AGUDA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C3

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio

Sin control

Destino:

Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.

Categorización Cierre Atención

C3

- Anamnesis e historia clínica

AM: NO
AL: NO
AQX: NO

REFIERE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN CON ODINOFAGIA INTENSA, CEFALÉA Y FIEBRE EN DOMICILIO, EN AUMENTO, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

TRAIDA POR MADRE. DESTACA ANTECEDENTE DE HERMANA CON AMIGDALITIS AGUDA BACTERIANA.

TIENE CONSULTA PREVIA EN SAPU, MANEJO SINTOMÁTICO, MADER RELATA QUE NO SE LOGRA EXAMEN FÍSICO COMPLETO EN ESE MOMENTO.

AL EF: LUCE BSCSGS, EUPNPNEICA, FEBRIL EN BOX HASTA 39.4°C, HIDRACIÓN LÍMITE, FARINGE CONGESTIVA, ERITEMATOSA. AMIGDALAS HIPERTROFICAS CON PLACAS DE PUS BIALTERAL, EXUDADO EN CRIPTAS. MP (+) SRA, TAQUICARDIA. OTOSCOPIA BILATERAL OK.

- Procedimientos e indicaciones en box

- KETOROLACO EN BOLO X 1 VEZ

- Indicaciones al alta

REPOSO EN CASA POR 7 DIAS

LÍQUIDO ABUNDANTE

LORATADINA 10MG: 1 COMP AL DIA (NOCHE) POR 5 DIAS

IBUPROFENO 1 COMP CADA 8H POR 3 DIAS

AMOXICILINA 1 GRAMO CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

CONTROL EN CONSULTORIO SI SÍNTOMAS PERSISTEN, SE EXPLICA CURSO DE ENFERMEDAD.

ACUDIR URGENCIA SOS.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16066358)

PATRICIA GONZALEZ MUÑOZ
MEDICO APS
20158235-0

Dra Patricia González M

20/08/2025-0

LLAME A SALUD RESPONDE 1000 600 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.