

I^oA

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		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - C	
EDAD: 14 años 11 meses 23 días (06/10/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			


SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	29/09/2025 17:30		REF. FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS		
Temperatura Axilar:	39,4 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			REF. FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS		
Presión Sistólica:	101 [mmHg]		Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:	66 [mmHg]		<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matron(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	160 [x]		Tipo de Consulta: INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	99 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			Origen de la Procedencia		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Otros Datos		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	NO	SI - NO			

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			Hora aproximada del hecho
		DIA	MES	AÑO	
<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"/> 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 type="checkbox"/> Otro				

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

Diagnóstico (DAU N° 16066358)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
J039 : AMIGDALITIS AGUDA		C3	
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
AM: NO AL: NO AQX: NO REFIERE UNA SEMANA DE EVOLUCION CON ODINOFAGIA INTENSA, CEFALEA 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 SINTOMATICO, MADER RELATA QUE NO SE LOGRA EXAMEN FISICO COMPLETO EN ESE MOMENTO. AL EF: LUCE BSCSGS, EUNPNEICA, FEBRIL EN BOX HASTA 39.4°C, HIDRACION LIMITE, FARINGE CONGESTIVA, ERITEMATOSA. AMIGDALAS HIPERTROFICAS CON PLACAS DE PUS BIALTERAL, EXUDADO EN CRIPTAS. MP (+) SRA, TAQUICARDICA. OTOSCOPIA BILATERAL OK.		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente	
- KETOROLACO EN BOLO X 1 VEZ		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.	
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención	
REPOSO EN CASA POR 7 DIAS LIQUIDO 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 SINTOMAS PERSISTEN, SE EXPLICA CURSO DE ENFERMEDAD. ACUDIR URGENCIA SOS.		C3	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16066358)			
PATRICIA GONZALEZ MUÑOZ MEDICO APS 20158235-0 			

LLAME A SALUD RESPONDE QUE SIEMPRE Profesionales de la salud atendiendo sus dudas los 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.