

ESTABLECIMIENTO: SUR CHOL CHOL

NUMERO DE ATENCION: 16143971

IPA

ADMISSION: 21/10/2025 21:19		INICIO DE ATENCION: 21/10/2025 23:41		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MAITE SELENE VALENZUELA MUÑOZ		RUT: 23370093 - 2		TELEFONO: 35346732 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE LAZCANO N° 56, CHOL CHOL S/N		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: CHOL CHOL		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 15 años 3 meses 14 días (07/07/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	21/10/2025 21:20		REF. RASH ALERGICO EN BRAZOS Y PIERNAS DOLOR DE GARGANTA		
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			REF. RASH ALERGICO EN BRAZOS Y PIERNAS DOLOR DE GARGANTA		
Presión Sistólica:	111 [mmHg]		Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:	70 [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:	102 [x]		Tipo de Consulta : ADULTO		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	100 [%]		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:	SI - NO	SI - NO			

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

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 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	<table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td>:</td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho	:
DIA	MES	AÑO									
Hora aproximada del hecho											
:											
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° 16143971)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda
L509 : URTICARIA B349 : VIROSIS		C4
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención
PACIENTE ACUDE A URGENCIA EN COMPAÑIA DCE SU MAMA POR PRESENTAR DESDE AYER ODINOFAGIA, ACOMPAÑANDO EL DIA DE HOY DE PRURITO EN LAS 4 EXTREMIDADES. NIEGA TOS, NO DISNEA, AFEBRIL, SE RECOGE EL ANTECEDENTE DE HABER TOMADO PPARACETAMOL HOY EN ORAS DE LA MAÑANA EF FARINGE NORMAL AMIGDALAS SIN EXUDADOS PIEL. PRESENCIA DE RONCHAS DE TAMAÑO VARIADO EN AMBOS BRAZOS Y PIERNAS RESTO NORMAL		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente
		Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención
REPOSO X 4 DIAS REGIMEN LIVIANO PREDNISONA (20 MG) 1 COMP. C/12 HRS X 5 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP. C/8 HRS X 3 DIAS IBUPROFENO 1 C/8 HRS SOS CONTROL EN URGENCIA SOS		C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16143971)		
ANGEL ALFREDO GARCIA PEDRAJA MEDICO APS 25234333-4		