



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15601139

IA

ADMISION: 13/05/2025 19:13		INICIO DE ATENCION: 13/05/2025 20:21		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: LORENA MONTECINO FIGUEROA		RUT :	23509497 - 5	TELEFONO:	51880763 (CELULAR)				
DIRECCION: CALLE URRUTIA 661 S/N COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 14 años 5 meses 24 dias (19/11/2010)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A				
SIGNS VITALES									
Hora :	13/05/2025 19:14								
Temperatura Axilar:	37 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:	108 [mmHg]								
Presión Diastólica:	65 [mmHg]								
Frecuencia Cardiaca:	94 [bpm]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	97 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor; EVA:									
Distresos:	NO	SI - NO							
EN CASO DE TRAUMA, 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"/> Agresión sexual <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-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr> <td></td> <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									
Diagnóstico (DAU N° 15601139)									
3068 : FARINGOAMIGDALITIS									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda									
<input type="checkbox"/> C5									
Condición del paciente al cierre de atención									
<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
Destino Inmediato del Paciente									
Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.									
Indicaciones al alta									
AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO 1 COMPRIMIDO CADA 12 HORAS POR 7 DIAS CLORFENAMINA MALEATO 4 MG : 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 5 DIAS IBUPROFENO 400 MG : 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS PARACETAMOL 500 MG: 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS SOS FIEBRE SE EXPLICAN SINTOMAS DE ALARMA SI PERSISTE MAS DE 5 DIAS ACUDIR A POLICLINICO URG SOS REPOSO MEDICO POR 05 DIAS									
Categorización Cierre Atención									
<input type="checkbox"/> C5									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15601139)									
EGLIS SALAZAR MOSQUEDA MEDICO APS 26544570-5									

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 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.

RECETA DESPACHADA