



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15601139

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 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 | | PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | |
| COMUNA: TEMUCO | | DECLARADO: | | PREVISION: FONASA - A | |
| EDAD: 14 años 5 meses 24 días (19/11/2010) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|------------------|---------------|---|--|--|
| SIGNOS VITALES | | | Motivo de Consulta | | |
| Hora: | 13/05/2025 19:14 | | REFIERE MIALGIA, ODINOFAGIA, CEFALEA (AYER) | | |
| Temperatura Axilar: | 37 [°C] | | Observaciones Categorización | | |
| Temperatura Rectal: | | | REFIERE MIALGIA, ODINOFAGIA, CEFALEA (AYER) | | |
| Presión Sistólica: | 108 [mmHg] | | Funcionario Que Atiende | | |
| Presión Diastólica: | 65 [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: | 94 [x] | | Tipo de Consulta: INFANTIL | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | Atención Manifestación Social: NO | | |
| Saturometría: | 97 [%] | | 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"/> 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"/> 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° 15601139) | | Resultado aplicación protocolo selector de demanda |
| J068 : FARINGOAMIGDALITIS | | |
| Anamnesis e historia clínica | | Condición del paciente al cierre de atención |
| SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA QUEIN ACUD EPOR PRESENTAR MIALGIA GENERALIZADA , ODINOFAGIA A SOLIDOS ACOMPAÑADA DE CEFALEA DE LOCALIZACION FRONTAL EX FIS: HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NORMOHIDRATADO, AFEBRIL, ALERTA VIGIL, SIN ASPECTO SEPTICO BOCA: LABIOS SIMETRICOS, COLORACION ROSADA, FORMA, TAMAÑO Y CONSISTENCIA SIN ALTERACIONES, AMIGDALAS SE EVIDENCIAN CRIPTAS CON EXUDADOS Y SIGNOS DE TUMEFACCION GRADO I, LARINGE-FARINGE ERITEMATOSA , CONGESTIVA SIN PRESENCIA DE EXUDADO, SIN RESEQUEZAD DE LAS ESTRUCTURAS Y SIGNOS INFLAMATORIOS PP. SIN ALTERACIONES | | |
| Procedimientos e indicaciones en box | | Destino Inmediato del Paciente |
| BETAMETASONA 01 AMPOLLA IM | | |
| Indicaciones al alta | | Categorización Cierre Atención |
| AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO 1 COMPRIMIDO CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS CLORFENAMINA MALEATO 4 MG : 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 5 DÍAS IBUPROFENO 400 MG : 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS PARACETAMOL 500 MG: 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS SOS FIEBRE SE EXPLICAN SINTOMAS DE ALARMA SI PERSISTE MAS DE 5 DÍAS ACUDIR A POLICLINICO URG SOS REPOSO MEDICO POR 05 DIAS | | |
| 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