



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 15587610

ADMISION: 09/05/2025 18:19		INICIO DE ATENCION: 09/05/2025 18:33		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: MAYLEN PAULINA CURIN RIQUELME		RUT: 23467695 - 4	TELEFONO: 40484276 (CELULAR)								
DIRECCION: CALLE MANUEL RODRIGUEZ N° 137, COMUNA: PILLANLELBUN S/N LAUTARO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
EDAD: 14 años 6 meses 13 días (26/10/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - C								
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora :	09/05/2025 18:20										
Temperatura Axilar:	38.2 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	132 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	99 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
<b>Motivo de Consulta</b>											
RESFRIADA CON DOLOR DE GARGANTA Y FIEBRE											
<b>Observaciones Categorización</b>											
RESFRIADA CON DOLOR DE GARGANTA Y FIEBRE											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico		Tipo de Consulta : INFANTIL									
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matrón(a)		Atención Manifestación Social: NO									
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		Tipo de Paciente: NO APLICA									
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<b>Origen de la Procedencia</b>									
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo		DOMICILIO									
		<b>Otros Datos</b>									
		* NINGUNO									
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
:											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<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											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>											
<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											
<b>Diagnóstico (DAU N° 15587610)</b>											
J029 : FARINGITIS AGUDA											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
AM: NO. ACOMPÑADA POR FAMILIAR. REFIERE DOS DIAS DE ODINOFAGIA Y SENSACION FEBRIL. AL EX FISICO VIGIL, FEBRIL, SIN ASPECTO TOXICO, SIN EXANTEMA. FARINGE ERITEMATOSA. TORAX MP + SRA, RRZT NAS.											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
EX FISICO.											
<b>Indicaciones al alta</b>											
REPOSO POR 7 DIAS. ABUNDANTE LIQUIDO. IBUPROFENO 400 MG 1 COMP C/8 HR POR 3 DIAS. PARACETAMOL 500 MG 1 COMP C/8 HR POR 3 DIAS. CONTROL EN SU CESFAM. ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE SINTOMAS DE ALARMA.											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15587610)</b>											
CRISTIAN ALBERTO ROIG BARRÍA MEDICO APS 18472655-6											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>											
C4											
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo											
<input type="checkbox"/> Fallecido											
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>											
Alta domicilio											
Con indicación de tratamiento en su estab.											
Destino:											
Fecha de Indicación Sin											
Hospitalización: Información.											
<b>Categorización Cierre Atención</b>											
C4											

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 provisorio, 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.