



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

IB

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: PILLANELBUN S/N LAUTARO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 14 años 6 meses 13 dias (26/10/2010)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - C		
<b>SÍGNOS VITALES</b>				
Hora : 09/05/2025 18:20	Motivo de Consulta RESFRIADA CON DOLOR DE GARGANTA Y FIEBRE			
Temperatura Axilar: 38.2 [°C]	Observaciones Categorización RESFRIADA CON DOLOR DE GARGANTA Y FIEBRE			
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:				
Presión Diastólica:				
Frecuencia Cardiaca: 132 ['x]	Funcionario Que Atiende X Médico Odontólogo Matrón(a) Enfermero(a) Técnico Paramédico Kinesiólogo			
Frecuencia Respiratoria:	Tipo de Consulta : INFANTIL			
Saturometría: 99 [%]	Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA			
Latidos Cardio - Fetales:	Origen de la Procedencia DOMICILIO			
Hemoglucotest:	Otros Datos * NINGUNO			
Estado de Conciencia (AVDT): ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:				
Distresado:	NO	SI - NO		
<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"/> 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"/> Pungante <input type="checkbox"/> Corto-pungante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
			Hora aproximada del hecho : :	
<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>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>				
<input type="checkbox"/> C4				
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>				
<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido				
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>				
Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: <input type="checkbox"/> Fecha de Indicación: _____ Sin _____ Hospitalización: _____ Información.				
<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				

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.