



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 15929962

IIA

ADMISSION: 22/08/2025 07:12		INICIO DE ATENCION: 22/08/2025 07:35		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: EMILIA MONSERRATH PEÑA OLAVARRIA		RUT :	23313985 - 8	TELEFONO:	Sin informacion
DIRECCION: CALLE LAS SEMILLAS 02631 P.D.V.		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 15 años 3 meses 20 días (02/05/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>		
Hora :	22/08/2025 07:20	
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	88 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

  

<b>Motivo de Consulta</b>	
REF: PECHO OBSTRUIDO, DOLOR DE GARGANTA DESDE EL LUNES	
<b>Observaciones Categorización</b>	
MADRE REF. 4 DIAS CON DOLOR DE GARGANTA Y PECHO OBSTRUIDO	
<b>Funcionario Que Atiende</b>	<b>Tipo de Consulta :</b> ADULTO
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	
<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	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
<b>Origen de la Procedencia</b>	
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>	<b>Hora aproximada del hecho</b>							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1" style="width:100%"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%"><tr><td> </td></tr></table>	
DIA	MES	AÑO								
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante									
<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	<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>								
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones								
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)								
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)								
<input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)								
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios								
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio										
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto										
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción										
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami										

  

<b>Diagnóstico (DAU N° 15929962)</b>	<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
J209 : BRONQUITIS AGUDA	C5
<b>Anamnesis e historia clínica</b>	<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
ACUDE ACOMPAÑADA POR APODERADA POR CUADRO DESDE EL LUNES DE SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE, CONGESTIÓN NASAL Y TOS. AM. NIEGA RAM. NIEGA  EF. PACIENTE VIGIL, REACTIVO, BUEN ESTADO GENERAL. OTE. NORMOHIDRATADO, NORMOCOLOREADO. PUPILAS ISOCÓRICAS REACTIVAS. FARINGE LEVE CONGESTIVA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL. CARDIOPULM: RR 4 FOCOS, NAS. MP (+). RONCUS ESPIRATORIOS Y RUIDOS CONGESTIVOS A LA TOS. SIN USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS NI RETRACCIÓN. EUPNEICO.	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>	<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
DICLOFENACO + BETAMETASONA IM	Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
<b>Indicaciones al alta</b>	<b>Categorización Cierre Atención</b>
PREDNISONA 20 MG POR 5 DÍAS CLORFENAMINA 4 MG POR 5 DÍAS PARACETAMOL 500 MG 2 CADA 8 HRS POR 3 DÍAS SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 6 HRS POR 5 - 7 DÍAS ABUNDANTES LÍQUIDOS REPOSO RELATIVO POR 5 DÍAS SOLICITAR HORA CON KINESIOLOGÍA EN SU CESFAM PARA TERAPIA RESPIRATORIA. SALA IRA. EN CASO DE PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS ACUDIR A SU CESFAM ANTE SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS	C5
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15929962)</b>	
NICOLE ALEJANDRA MEDINA VARELA MEDICO APS 19305798-5	