



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 15929962

II-A

ADMISION: 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	TELÉFONO:	<input checked="" type="checkbox"/> Sin información																																																			
DIRECCION: CALLE LAS SEMILLAS 02631 P.D.V.		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																																				
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A																																																			
SÍGNOS VITALES																																																								
Hora :	22/08/2025 07:20																																																							
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																																																							
Temperatura Rectal:																																																								
Presión Sistólica:																																																								
Presión Diastólica:																																																								
Frecuencia Cardiaca:	88 ['x]																																																							
Frecuencia Respiratoria:																																																								
Satometría:	98 [%]																																																							
Latidos Cardio - Fetales:																																																								
Hemoglucosel:																																																								
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																																						
Dolor; EVA:																																																								
Distresado:	NO	SI - NO																																																						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Motivo de Consulta REF: PECHO OBSTRUIDO, DOLOR DE GARGANTA DESDE EL LUNES </div>																																																								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Observaciones Categorización MADRE REF. 4 DIAS CON DOLOR DE GARGANTA Y PECHO OBSTRUIDO </div>																																																								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo </div> <div style="flex: 1;"> Tipo de Consulta : ADULTO Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA </div> </div>																																																								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Origen de la Procedencia DOMICILIO </div> <div style="flex: 1;"> Otros Datos * NINGUNO </div> </div>																																																								
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Naturaleza del Hecho</th> <th style="text-align: left;">Elemento Causante</th> <th style="text-align: left;">Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">DIA MES AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</td> <td><input type="checkbox"/> Contundente</td> <td style="text-align: center; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente laboral</td> <td><input type="checkbox"/> Cortante</td> <td style="text-align: center; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente escolar</td> <td><input type="checkbox"/> Punzante</td> <td style="text-align: center; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</td> <td><input type="checkbox"/> Corto-punzante</td> <td style="text-align: center; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</td> <td><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</td> <td style="text-align: center; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión</td> <td><input type="checkbox"/> Explosión</td> <td style="text-align: center; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Riña</td> <td><input type="checkbox"/> Calor</td> <td style="text-align: center; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</td> <td><input type="checkbox"/> Frío</td> <td style="text-align: center; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td style="text-align: center; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión sexual</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Incendio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Erupción</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			DIA MES AÑO	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente		<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		<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		
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho																																																						
		DIA MES AÑO																																																						
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente																																																							
<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																																																							
<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																																																								
Diagnóstico (DAU Nº 15929962) J209 : BRONQUITIS AGUDA																																																								
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C5																																																								
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																																								
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.																																																								
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5																																																								
Indicaciones al alta 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																																																								
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15929962) NICOLE ALEJANDRA MEDINA VARELA MEDICO APS 19305798-5																																																								