



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

IB

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 16126172

ADMISION: 16/10/2025 19:29		INICIO DE ATENCION: 16/10/2025 21:17		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: SOLEDAD ELIZABETH SAGREDO CARRILLO		RUT : 23186080 - 0		TELÉFONO: 74996939 (CELULAR)																														
DIRECCION: CALLE VILUMILLA N° 2115, LOMAS DE HUITRAN TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																														
EDAD: 15 años 10 meses 20 dias (26/11/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - C																														
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>16/10/2025 20:04</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.6 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>112 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>56 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>78 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>100 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>0 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	16/10/2025 20:04	Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	112 [mmHg]	Presión Diastólica:	56 [mmHg]	Frecuencia Cardíaca:	78 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:	0 ['x]		Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	16/10/2025 20:04																																	
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:	112 [mmHg]																																	
Presión Diastólica:	56 [mmHg]																																	
Frecuencia Cardíaca:	78 ['x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometría:	100 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucotest:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:	0 ['x]																																	
Distresado:	NO	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> FIEBRE, OBSTRUIDA, LE CUESTA RESPIRAR. 3 DIAS DE EV.																																		
<b>Observaciones Categorización</b> FIEBRE, OBSTRUIDA, LE CUESTA RESPIRAR. 3 DIAS DE EV.																																		
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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																																		
<b>Tipo de Consulta :</b> ADULTO <b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA																																		
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																		
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																		
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td colspan="2"><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="2"><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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"/> VVS  <input type="checkbox"/> Otro  <input type="checkbox"/> Accidente Incendio  <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto  <input type="checkbox"/> Accidente Erupción  <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami         </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Contundente  <input type="checkbox"/> Cortante  <input type="checkbox"/> Puntante  <input type="checkbox"/> Corto-puntante  <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  <input type="checkbox"/> Explosión  <input type="checkbox"/> Calor  <input type="checkbox"/> Frío  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td colspan="2"> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b>  :         </td> </tr> </table>						<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"/> VVS <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :		DIA	MES	AÑO														
<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"/> VVS <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :		DIA	MES	AÑO																										
DIA	MES	AÑO																																
<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° 16126172)</b> <b>JO69 : (En estudio) VIROSIS RESPIRATORIA ALTA</b>																																		
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5																																		
<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. <b>Destino:</b> Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.																																		
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																																		
<b>Procedimientos e Indicaciones en box</b> EVALUACION MEDICA EXAMEN FISICO EDUCACION SOBRE SIGNOS DE ALARMAS KETOROLACO 1 AMP + BETAMETASONA 1 AMP IM																																		
<b>Procedimientos</b> INYECION INTRAMUSCULAR																																		
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO EN CASA X 3 DIAS REGIMEN LIVIANO HIDRATACION ABUNDANTE PREDNISONA 20MG 1 COMP DIA X 3 DIAS PARACETAMOL 500MG 2 COMP C/BHRS X 3 DIAS DICLOFENACO 50MG 1 COMP C/BHRS X 3 DIAS CLORFENAMINA 4MG 1 COMP NOCHE X 5 DIAS CONSULTAR EN SU CESFAM EN CASO DE PERSISTIR CON SINTOMAS CONSULTAR EN LA URGENCIA EN CASO DE PRESENTAR SIGNOS DE ALARMA																																		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16126172)</b>  BARBARA LIZ ASSOR CORDONES MEDICO APS 17863750-9																																		