



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANE CER

NUMERO DE ATENCION: 16220347

TIL 0A

ADMISSION: 12/11/2025 19:06

INICIO DE ATENCION: 12/11/2025 20:03

MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS

NOMBRE: CATALINA FERNANDA AROS TENORIO RUT: 22506586 - 1 TELEFONO: Sin informacion

DIRECCION: PUERTO TRANQUILLO 2185 PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / COMUNA: TEMUCO DECLARADO: RURAL):

EDAD: 18 años 1 meses 21 días (22/09/2007) SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA) PREVISION: FONASA - B

SIGNOS VITALES

Hora :	12/11/2025 19:37	
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	118 [mmHg]	
Presión Diastólica:	83 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	131 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

ACOMP. REF. FIEBRE
ESCALOSFRÍOS
DOLOR DE CUERPO
SÍNTOMAS DE AYER

Observaciones Categorización

ACOMP. REF. FIEBRE
ESCALOSFRÍOS
DOLOR DE CUERPO
SÍNTOMAS DE AYER
CARNET DISCAPACIDAD.

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matron(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta : ADULTO

Atención Manifestación Social: NO
Tipo de Paciente: NO APLICA

Origen de la Procedencia

DOMICILIO

Otros Datos

* NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho

- ☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ VVS
☐ Otro
☐ Accidente Incendio
☐ Accidente Terremoto
☐ Accidente Erupción
☐ Accidente Tsunami

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

Hora aproximada del hecho

:

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- ☐ Paciente sin lesiones
☐ Leve (0 - 14 días)
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
☐ Grave (30 días o más)
☐ Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 16220347)

J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control
Destino:
Fecha de Indicación Sin
Hospitalización: Información.

Categorización Cierre Atención

C5

Anamnesis e historia clínica

AM: DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA
ALERGIA NIEGA

ACUDE ACOMPAÑADA DE SU PADRE QUIEN REFIERE DESDE AYER FIEBRE, CEG, ODINOFAGIA, CONGESTIÓN NASAL Y TOS SECA

EXAMEN FÍSICO
LUCE EN BCG AFEBRIL, MUCOSAS HIDRATADAS PERFUNDIDA
FARINGE CONGESTIVA, AMIGDALAS SIN EXUDADOS
SIN APREMIO NI UMA
RR2T SS, MP+ SRA

Procedimientos e indicaciones en box

CSV
EXAMEN FÍSICO
DICLOFENACO 75 MG IM

Indicaciones al alta

REPOSO RELATIVO POR 3 DÍAS
HIDRATACION ABUNDANTE
PARACETAMOL 500 MG C/6 HRS SOS
IBUPROFENO 400 MG C/8 HRS SOS
LORATADINA 10 MG AL DIA POR 5 DÍAS
CONTROL CON MEDICO DE SU CESFAM SOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16220347)

NAYLU MERCEDES QUINTERO VILCHEZ
MEDICO APS
26908031-0

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.