

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 16220347

TTOA

ADMISION: 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	TELÉFONO:	Sin información																																																						
DIRECCION: PUERTO TRANQUILO 2185		PUEBLO ORIGINARIO	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																																							
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:																																																									
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 Cardiaca:	131 ['x]																																																										
Frecuencia Respiratoria:																																																											
Saturometría:	98 [%]																																																										
Latidos Cardio - Fetales:																																																											
Hemoglucotest:																																																											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																																									
Dolor, EVA:																																																											
Distrésado:	NO	SI - NO																																																									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Motivo de Consulta ACOMP. REF. FIEBRE ESCALOSFRIOS DOLOR DE CUERPO SINTOMAS DE AYER </div> <div style="flex: 1;"> Observaciones Categorización ACOMP. REF. FIEBRE ESCALOSFRIOS DOLOR DE CUERPO SINTOMAS DE AYER CARNET DISCAPACIDAD. </div> </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>																																																											
Origen de la Procedencia DOMICILIO Otros Datos * NINGUNO																																																											
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33.33%;">Naturaleza del Hecho</td> <td style="width: 33.33%;">Elemento Causante</td> <td style="width: 33.33%;">Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</td> <td><input type="checkbox"/> Contundente</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33.33%; text-align: center;">DIA</td><td style="width: 33.33%; text-align: center;">MES</td><td style="width: 33.33%; text-align: center;">AÑO</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente laboral</td> <td><input type="checkbox"/> Cortante</td> <td style="text-align: center;">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente escolar</td> <td><input type="checkbox"/> Punzante</td> <td style="text-align: center;">:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</td> <td><input type="checkbox"/> Corto-punzante</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</td> <td><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión</td> <td><input type="checkbox"/> Explosión</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Riña</td> <td><input type="checkbox"/> Calor</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</td> <td><input type="checkbox"/> Frio</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VVS</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> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33.33%; text-align: center;">DIA</td><td style="width: 33.33%; text-align: center;">MES</td><td style="width: 33.33%; text-align: center;">AÑO</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante	Hora aproximada del hecho	<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"/> Frio		<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro		<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		
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho																																																									
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33.33%; text-align: center;">DIA</td><td style="width: 33.33%; text-align: center;">MES</td><td style="width: 33.33%; text-align: center;">AÑO</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	DIA	MES	AÑO																																																						
DIA	MES	AÑO																																																									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante	Hora aproximada del hecho																																																									
<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"/> Frio																																																										
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro																																																										
<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																																																											
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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																																																											

Diagnóstico (DAU Nº 16220347) 3069 : 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: SIN UMA Información.					
Categorización Cierre Atención C5					
Procedimientos e Indicaciones en box CSV EXAMEN FISICO DICLOFENACO 75 MG IM					
Indicaciones al alta REPOSO RELATIVO POR 3 DIAS HIDRATACION ABUNDANTE PARACETAMOL 500 MG C/6 HRS SOS TBUPROFENO 400 MG C/8 HRS SOS LORATADINA 10 MG AL DIA POR 5 DIAS CONTROL CON MEDICO DE SU CESFAM SOS					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16220347) NAYLU MERCEDES QUINTERO VILCHEZ MEDICO APS 26908031-0					