



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15819775

JOA

ADMISION: 21/07/2025 22:34		INICIO DE ATENCION: 21/07/2025 23:08		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: CAMILA IGNACIA ABURTO CAVA		RUT : 23531089 - 9		TELEFONO: Sin Informacion	
DIRECCION: 11 NORTE 01295 POB. EVARISTO MARIN		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - C	
EDAD: 14 años 6 meses 11 días (10/01/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	21/07/2025 22:34		REF FIEBRE, ODINOFAGIA, CEFALEA		
Temperatura Axilar:	38.2 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			REF FIEBRE, ODINOFAGIA, CEFALEA		
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico Tipo de Consulta : INFANTIL		
Frecuencia Cardíaca:	127 [x]		<input type="checkbox"/> Odontólogo		
Frecuencia Respiratoria:			<input type="checkbox"/> Matró(a) Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	99 [%]		<input type="checkbox"/> Enfermero(a) Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		
Hemoglucotest:			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Origen de la Procedencia		
Dolor, EVA:			DOMICILIO		
Distresado:	NO	SI - NO	Otros Datos		
			* NINGUNO		

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES										
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>DIA</td><td>MES</td><td>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		<table border="1" style="width:100%"><tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="2">:</td></tr></table>	Hora aproximada del hecho		:			
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"/> 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 N° 15819775)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO		<table border="1" style="width:100%"><tr><td>C4</td></tr></table>	C4
C4			
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
AM: NIEGA RAM/ALERGIA: NIEGA DESDE HACE 3 DIAS CON TOS SECA, ODINOFAGIA, RINORREA Y CEFALEA. AYER SE AGREAGA FIEBRE, SENSACION PECHO APRETADO Y TOS PRODUCTIVA. EX. FISICO: DECAIDA. MUCOSAS HUMEDAS. BIEN PERFUNDIDA. FEBRIL FARINGE ERITEMATOSA. AMIGDALAS SIN PLACAS DE PUS NO PALPO ADENOPATIAS CERVICALES OTOSCOPIA NORMAL BILATERAL CARDIO: RR2T NAS PULMONAR: MP (+) SRA		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente	
DICLOFENACO 1 AMP IM		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.	
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención	
- REPOSO MEDICO EN CASA POR 4 DIAS DESDE MAÑANA - ABUNDANTE LIQUIDO - PARACETAMOL 2 COMP C/8 HRS POR 3 DIAS - DICLOFENACO 1 COMP C/8 HRS POR 3 DIAS - LORATADINA 1 COMP DIA POR 5 DIAS - RECONSULTAR CON MEDICO SOS (SINTOMAS DE RESFRIO PUEDEN DURAR 7-10 DIAS, SI EMPEORAN LOS SINTOMAS O PERSISTEN POR MÁS DE ESA CANTIDAD DE DIAS RECONSULTAR)		<table border="1" style="width:100%"><tr><td>C4</td></tr></table>	C4
C4			
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15819775)			
NATALY PEÑA MUÑOZ MEDICO APS 18873149-K			

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.