



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:															
EDAD: 14 años 6 meses 11 dias (10/01/2011)		SEXO (GENERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - C												
SIGNOS VITALES																	
Hora :	21/07/2025 22:34																
Temperatura Axilar:	38.2 [°C]																
Temperatura Rectal:																	
Presión Sistólica:																	
Presión Diastólica:																	
Frecuencia Cardiaca:	127 ['X]																
Frecuencia Respiratoria:																	
Saturometría:	99 [%]																
Latidos Cardio - Fetales:																	
Hemoglucotest:																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I															
Dolor, EVA:																	
Distresado:	NO	SI - NO															
<p>Motivo de Consulta REF FIEBRE, ODINOFAGIA, CEFALEA</p> <p>Observaciones Categorización REF FIEBRE, ODINOFAGIA, CEFALEA</p> <p>Funcionario Que Atiende</p> <table border="0"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td>Tipo de Consulta : INFANTIL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td>Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td></td></tr> </table> <p>Origen de la Procedencia DOMICILIO</p> <p>Otros Datos * NINGUNO</p>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																	
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"/> 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"/> Rifa <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <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	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho												
<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>						<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							
<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																	
<p>Diagnóstico (DAU Nº 15819775) J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO</p> <p>Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4</p> <p>Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido</p> <p>Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.</p> <p>Categorización Cierre Atención C4</p>																	
<p>Anamnesis e historia clínica</p> <p>AM: NIEGA RAM/ALERGIA: NIEGA</p> <p>DESDE HACE 3 DIAS CON TOS SECA, ODINOFAGIA, RINORREA Y CEFALEA. AYER SE AGREGA FIEBRE, SENSACION PECHO APRETADO Y TOS PRODUCTIVA.</p> <p>EX. FÍSICO: 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</p> <p>Procedimientos e indicaciones en box DICLOFENACO 1 AMP IM</p> <p>Indicaciones al alta</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 MAS DE ESA CANTIDAD DE DIAS RECONSULTAR) <p>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15819775)</p> <p>NATALY PEÑA MUÑOZ MEDICO APS 18873149-K</p>																	