



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15474977

6º B.

ADmisión: 03/04/2025 17:55	INICIO DE ATENCION: 03/04/2025 18:08	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: ANTONELLA DEL PILAR SEPULVEDA TOLEDO	RUT: 24363437 - 7	TELÉFONO: 72822005 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE 4 NORTE N°01354, PUEBLO NUEVO S/N	PUEBLO ORIGINARIO	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO	DECLARADO:	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A
EDAD: 11 años 7 meses 21 días (13/08/2013)	SEXO (GÉNERO):			
<b>SIGNS VITALES</b>				
Hora :	03/04/2025 18:02			
Temperatura Axilar:	37.7 [°C]			
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:				
Presión Diastólica:				
Frecuencia Cardiaca:	105 [']			
Frecuencia Respiratoria:				
Saturometría:	96 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglobocit:				
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		
Dolor, EVA:				
Distresado:	SI - NO	SI - NO		
<b>Motivo de Consulta</b> DOLOR DE GARGANTA CABEZA TOS CONGESTION NASAL				
<b>Observaciones Categorización</b> TEA DOLOR DE GARGANTA CABEZA TOS CONGESTION NASAL				
<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				
Tipo de Consulta: INFANTIL  Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA				
<b>Origen de la Procedencia</b>				
DOMICILIO				
<b>Otros Datos</b>				
* NINGUNO				

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

<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"/> 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"/> 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> Hora aproximada del hecho :	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° 15474977)</b>	<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
3068 : (En estudio) FARINGOAMIGDALITIS	C4

<b>Anamnesis e historia clínica</b>	<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
AM TEA RAM NO PESO 55 PACIENTE ES TRAIDA POR SU MADRE ACUDE REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE 5 DÍAS CARACTERIZADO POR ODINOFAGIA INTENSA, CEFALÉA, TOS, MALESTAR GENERAL, FIEBRE U OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS  HIDRATADA, SUBFEBRIL, PERFUNDIDA, SIN ASPECTO SEPTICO OROFARINGE ERITEMATOSA AMIGDALAS HIPERTROFICAS CONGESTIVAS, SIN EXUDADOS, CAES PERMEABLES LEVE ERITEMA DE MTS SIN SECRECIONES PATOLÓGICAS CP : RR2T, S/S, MP +, SRA ABD RHA + BDT, MASAS-, MEGALIAS -, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NEURO: CLOTE SIN SIGNOS DE FOCALIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido

<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>	<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:

<b>Indicaciones al alta</b>	<b>Categorización Cierre Atención</b>
REPOSO EN CASA POR 3 DIAS ABUNDANTE LÍQUIDO AMOXICILINA/ AC CLAVULANICO 1 COMP C 12 HRS POR 7 DIAS PARACETAMOL 500 MG 2 COMP CADA 8 HRS SOS DOLOR O FIEBRE IBUPROFENO 400 MG 1 COMP C 8HRS POR 3 DIAS LORATADINA 10 MG 1 COMP DIA POR 5 DIAS BRONTEC 35MG/5ML TOMAR 5ML CADA 8 HRS POR 5 DIAS ( COMPRAR EN FARMACIA) EDUCO SOBRE SIGNOS DE ALARMA.	C4

<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15474977)</b>	<b>LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.</b>
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.	