

6-13



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15474977

ADMISSION: 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		TELEFONO: 72822005 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE 4 NORTE N°01354, PUEBLO NUEVO S/N		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 11 años 7 meses 21 días (13/08/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora:	03/04/2025 18:02		DOLOR DE GARGANTA CABEZA TOS CONGESTION NASAL		
Temperatura Axilar:	37.7 [°C]		<b>Observaciones Categorización</b>		
Temperatura Rectal:			TEA DOLOR DE GARGANTA CABEZA TOS CONGESTION NASAL		
Presión Sistólica:			<b>Funcionario Que Atiende</b>		
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matron(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	105 [x]		Tipo de Consulta: INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	96 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			<b>Origen de la Procedencia</b>		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	<b>Otros Datos</b>		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	SI - NO	SI - NO			

  

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <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           </td> </tr> </table>	<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
DÍA	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>
J068 : (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, CEFALEA, 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 + BDI, 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 Hospitalización: Sin Información.
<b>Indicaciones al alta</b>		<b>Categorización Cierre Atención</b>
REPOSO EN CASA POR 3 DÍAS ABUNDANTE LÍQUIDO AMOXICILINA/ AC CLAVULANICO 1 COMP C 12 HRS POR 7 DÍAS PARACETAMOL 500 MG 2 COMP CADA 8 HRS SOS DOLOR O FIEBRE IBUPROFENO 400 MG 1 COMP C 8HRS POR 3 DÍAS LORATADINA 10 MG 1 COMP DIA POR 5 DÍAS BRONTEC 35MG/5ML TOMAR 5ML CADA 8 HRS POR 5 DÍAS ( COMPRAR EN FARMACIA) EDUCO SOBRE SIGNOS DE ALARMA.		C4
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15474977)</b>		
MICHELLE DAZA ROMAY MEDICO APS 25682808-1		

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.