

40A



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15494670

ADMISSION: 09/04/2025 21:22		INICIO DE ATENCION: 09/04/2025 21:26		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MILAN VICENTA GAMBOA JIMÉNEZ		RUT: 25227605 - K		TELÉFONO: 54956895 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE CATQUE COLIMAN N° 2995, LOS TRAPIALES		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 9 años 4 meses 1 días (08/12/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	09/04/2025 21:22		REF TOS CEFALÉA		
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:			Observaciones Categorización		
Presión Diastólica:			REF TOS CEFALÉA		
Frecuencia Cardíaca:	98 [x]		Funcionario Que Atiende		
Frecuencia Respiratoria:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico		
Saturometría:	97 [%]		<input type="checkbox"/> Odontólogo		
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Matró(a)		
Hemoglutocet:			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		
Dolor, EVA:			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Distresado:	NO	SI - NO			

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"/> 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"/> Frío <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			
DÍA	MES	AÑO									
				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Hora aproximada del hecho					
Hora aproximada del hecho											
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 N° 15494670) 300X : RINOFARINGITIS AGUDA (REFRIADO COMUN)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda CS
Anamnesis e historia clínica PACIENTE ACUDE CON PADRE A URGENCIA POR PRESENTAR DOLOR DE GARGANTA ACOMPAÑADO DE CONGESTIÓN NASAL Y TOS CEFALÉA DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN AM NO REF RAM NO REF EX FÍSICO PACIENTE B.C.G HIDRATADA CORIZA NASAL BUCAL SE EVIDENCIA FARINGE CON ERITEMAS SIN EXUDADOS HIPERTROFIA DE AMIGDALAS SIN CRIPTA AUS SIN AGG EN AMBOS HEMITORAX		Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box EX FÍSICO		Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta IBUPROFENO1 CADA 8H POR 3 DIAS LORATADINA 1 CADA 24H POR 3 DIAS AMBROXOL 30MG/5ML 7 ML CADA 8H POR 4 DIAS BUENA HIDRATACION EVITAR CAMBIOS DE TEMP SOS URGENCIA *** RESPOSO 3 DIAS ***		Categorización Cierre Atención CS
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15494670) VICTOR ALFONZO ESPIN RIVERO MEDICO APS 26342403-4		

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.