



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15891623

II^oA

ADMISION: 11/08/2025 18:52		INICIO DE ATENCION: 11/08/2025 19:25		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: YOSELYN JAVIERA RUTH SEGUEL		RUT : 22907199 - 8		TELEFONO: 93119248 (CELULAR)	
DIRECCION: LOS PELLINES - VILLA BOLDO		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TOLTEN		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 16 años 7 meses 13 días (29/12/2008)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	11/08/2025 18:53		DOLOR COSTADO DERECHO DESDE DÍA SABADO		
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]				
Temperatura Rectal:			Observaciones Categorización		
Presión Sistólica:	97 [mmHg]		CONTROL CON EXAMENES		
Presión Diastólica:	66 [mmHg]		Funcionario Que Atiende		
Frecuencia Cardíaca:	83 [x]		<input checked="" type="checkbox"/> Médico		
Frecuencia Respiratoria:			<input type="checkbox"/> Odontólogo		
Saturometría:	98 [%]		<input type="checkbox"/> Matrón(a)		
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		
Hemoglucotest:			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	<input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Dolor, EVA:			Tipo de Consulta : ADULTO		
Distresado:	NO	SI - NO	Atención Manifestación Social: NO		
			Tipo de Paciente: NO APLICA		
			Origen de la Procedencia		
			DOMICILIO		
			Otros Datos		
			* NINGUNO		

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho										
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"><tr><td colspan="2">:</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	:			
DIA	MES	AÑO											
:													
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante												
<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	Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral											
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones											
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)											
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)											
<input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)											
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios											
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio													
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto													
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción													
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami													

Diagnóstico (DAU N° 15891623) M948 : COSTOCONDRITIS R05X : (En estudio) TOS	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4
Anamnesis e historia clínica ANT MED (-) ALERGIAS (-) PESO 51 CUADRO DE 2 SEMANAS DE TOS PRODUCTIVA, QUE SE HA MANEJADO CON LIQUIDOS. COMENZÓ A TOMAR ABRILAR. CUADRO DE 3 DIAS DE DOLOR EN REBORDE COSTAL DERECHO SIN ANTECEDENTE DE TRAUMA. AL EXAMEN FISICO BUENAS CONDICIONES SIN APREMIO RESPIRATORIO SENSIBLE PALPACION REBORDE COSTAL DERECHO RR2T SIN SOPLO. MP(+)-SRA	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información. Categorización Cierre Atención C4
Procedimientos e indicaciones en box	
Indicaciones al alta REPOSO DOMICILIO POR 3-5 DIAS ABUNDANTE LIQUIDO COMPLETAR 5 DIAS DE ABRILAR (1 CUCHARADA CADA 8 HORAS) IBUPROFENO 400 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS PARACETAMOL 500 MG 1 Y MEDIO COMPRIMIDO CADA 8 HORAS SOS CONTROL MEDICO POLICLINICO CON RX DE TORAX URGENCIA SOS	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15891623) ROCIO TRINIDAD PINILLA MORA MEDICO APS 19075925-5	

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.