



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15891623

ITOA

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:							
EDAD: 16 años 7 meses 13 dias (29/12/2008)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - B						
SIGNS VITALES								
Hora :	11/08/2025 18:53							
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]							
Temperatura Rectal:								
Presión Sistólica:	97 [mmHg]							
Presión Diastólica:	66 [mmHg]							
Frecuencia Cardíaca:	83 ['X']							
Frecuencia Respiratoria:								
Saturometría:	98 [%]							
Latidos Cardio - Fetales:								
Hemoglucotest:								
Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I						
Dolor, EVA:								
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"/> 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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Hora aproximada del hecho	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
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° 15891623) M948 : COSTOCONDritis R05X : (En estudio) TOS 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								
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 19075925-3								

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.