



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 15861842

40A

ADMISION: 03/08/2025 16:17		INICIO DE ATENCION: 03/08/2025 18:51		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: EMILIA ANTONIA AGUAYO URIBE		RUT: 24976830 - 8		TELEFONO: 58937337 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE VILLA DEL RIO S/N		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 10 años 2 meses 29 días (05/05/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora:	03/08/2025 16:29		MAMA REF. FIEBRE, TOS CON FLEMAS		
Temperatura Axilar:	38.7 [°C]		<b>Observaciones Categorización</b>		
Temperatura Rectal:			MAMA REF. FIEBRE, TOS CON FLEMAS		
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:	121 [x]		Tipo de Consulta: INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	97 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			<b>Origen de la Procedencia</b>		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I	<b>Otros Datos</b>		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	SI - NO	SI - NO			

  

<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<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"/> 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>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td colspan="2">:</td> </tr> </table>		Hora aproximada del hecho		:			
Hora aproximada del hecho											
:											
<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° 15861842)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>	
J030 : (En estudio) AMIGDALITIS ESTREPTOCOCCICA		C4	
<b>Anamnesis e historia clínica</b>		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>	
AM NO ALERGIAS NO PESO 47 KILOS MC GACE 4 DIAS CON TOS, FIEBRE, ODINOFAGIA, MIALGIAS, HIPOREXIA. EXAMEN FISICO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, COOPERADORA FEBRIL, TAQUICARDICA. FARINGE CONGESTIVA, ERITEMATOSA, AMIGDALAS MUY HIPERTROFICAS, ERITEMATOSAS MP + SRA.RR2TNAS		<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 Hospitalización: Información.	
		<b>Categorización Cierre Atención</b>	
		C4	
<b>Indicaciones al alta</b>			
REPOSO EN CASA POR 3 DIAS DESDE 04/08/25 REGIMEN LIVIANO HIDRATACION ABUNDANTE PARACETAMOL 500 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS IBUPROFENO 400 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS LORATADINA 10 MG DIA POR 5 DIAS AMOXICILINA 7 CC CADA 8 HRS POR 7 DIAS.			
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15861842)</b>			
PAOLA MICHEL VARAS HERNÁNDEZ MEDICO APS 18502395-8			

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.