



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14309914

ADMISSION: 09/04/2024 19:33	INICIO DE ATENCION: 09/04/2024 19:45	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: AMARAL AGUSTINA MACHUCA PADILLA	RUT: 22591986 - 0	TELEFONO: 2601159 (FJO)
DIRECCION: CALLE STA MARTA 520 POB MEZA P L CASAS	PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
COMUNA: PADRE LAS CASAS	DECLARADO:	PREVISION: FONASA - C
EDAD: 16 años 3 meses 7 días (02/01/2008)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	

SIGNOS VITALES

Hora:	09/04/2024 19:34
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]
Temperatura Rectal:	
Presión Sistólica:	108 [mmHg]
Presión Diastólica:	69 [mmHg]
Frecuencia Cardíaca:	86 [x]
Frecuencia Respiratoria:	
Saturometría:	98 [%]
Latidos Cardio - Fetales:	
Hemoglucotest:	
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I
Dolor, EVA:	
Distresado:	SI - NO

Motivo de Consulta

(R)
ODINOFAGIA
CEFALEA
TOS CON FLEMAS
FIEBRE
INICIO DE SÍNTOMAS DESDE HACE 3 DIAS
CUENTA CON 2 VACUNAS COVID

Observaciones Categorización

(R)
ODINOFAGIA
CEFALEA
TOS CON FLEMAS
FIEBRE
INICIO DE SÍNTOMAS DESDE HACE 3 DIAS
CUENTA CON 2 VACUNAS COVID

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matron(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta : ADULTO

Atención Manifestación Social: NO
Tipo de Paciente: NO APLICAOrigen de la Procedencia
DOMICILIOOtros 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"/> 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><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO				<table><tr><th>Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td></td></tr></table>	Hora aproximada del hecho	
DÍA	MES	AÑO									
Hora aproximada del hecho											

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

☐ Paciente sin lesiones
☐ Leve (0 - 14 días)
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
☐ Grave (30 días o más)
☐ Se requieren exámenes complementarios

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

CS

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Con control en estab. origen (CESFAM u Hospital)

Control policlinico

Patología: Aguda
Establecimiento: CESFAM PADRE LAS CASAS (CESFAM)

Destino:
Fecha de Indicación Sin Información.
Hospitalización:

Categorización Cierre Atención

CS

Diagnóstico (DAU N° 14309914)

J069 : INFECCION AGUDA VIA RESPIRATORIA ALTA(NO ESPECIFICADO)

Anamnesis e historia clínica

ANTECEDENTES NEGATIVO
ALERGIAS NEGATIVO

CONSULTA POR CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION DE MALESTAR GENERAL Y TOS NO EMETIZANTE NO CIANIZANTE, CONCOMITANTEMENTE REFIERE FIEBRE NO CUANTIFICADA Y ODINOFAGIA

EXAMEN FISICO :

CORIZA SEROSA
FARINGE CONGESTIVA
PULMONAR MP+ BILATERAL , CREPITOS - , SIBILANCIAS -
NEUROLOGICO CONSERVADO

Procedimientos e indicaciones en box

DICLOFENAC SODICO 1 AMP IM

Indicaciones al alta

ABUNDANTE LIQUIDOS
ALIMENTACION FRACCIONADA Y BLANDA
- PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDOS : 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
- LORATADINA 10 MG COMPRIMIDOS : 1 COMPRIMIDO CADA 12 HORAS POR 10 DIAS
- AZITROMICINA 1 DIARIA X 5 DIAS
EN CASO DE PERSISTIR CONSULTAR POR SU CESFAM

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14309914)

NEIRALI JOSEFINA GONZALEZ PEROZO
MEDICO APS
26191658-6

*Amrita, médico en
domicilio desde 09/04/24 a*

*Dra. Neirali González
Médico Cirujano
RUT: 26.184.658-6*

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.

12-04-24 (4 días)