

140A

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: **TOLTEN HOSP.** NUMERO DE ATENCION: **16070536**

ADMISSION: **30/09/2025 18:37** INICIO DE ATENCION: **30/09/2025 18:57** MEDIO LLEGADA: **PROPIOS MEDIOS**

NOMBRE: **MATILDE IGNACIA GALLEGOS BURGOS** RUT: **22700992 - 6** TELEFONO: **67285465 (CELULAR)**

DIRECCION: **CALLE LUIS CRUZ MARTINEZ N° 7, TOLTEN** PUEBLO ORIGINARIO: **NINGUNO** PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): **URBANO**

EDAD: **17 años 5 meses 15 días (15/04/2008)** SEXO (GÉNERO): **MUJER (FEMENINA)** PREVISION: **FONASA - D (PRAIS)**

SIGNOS VITALES

Hora:	30/09/2025 18:41
Temperatura Axilar:	35.9 [°C]
Temperatura Rectal:	
Presión Sistólica:	98 [mmHg]
Presión Diastólica:	72 [mmHg]
Frecuencia Cardíaca:	83 [x]
Frecuencia Respiratoria:	
Saturometría:	100 [%]
Labios Cardio - Fetales:	
Hemoglucotest:	
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I
Dolor, EVA:	
Distresado:	SI - NO

Motivo de Consulta
ODINOFAGIA, SENSACION FEBRIL

Observaciones Categorización
ODINOFAGIA, SENSACION FEBRIL

Funcionario Que Atiende
☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matron(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta: ADULTO

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

☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ VVS
☐ Otro
☐ Accidente Incendio
☐ Accidente Terremoto
☐ Accidente Erupción
☐ Accidente Tsunami

Elemento Causante

☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frio
☐ Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DIA	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

Diagnóstico (DAU N° 16070536)
J039 : AMIGDALITIS AGUDA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda
C4

Anamnesis e historia clínica
 AM: (-)
 ALERGIAS: (-)
 3 DIAS DE ODINOFAGIA, DISFONIA, SENSACION FEBRIL, SIN TOS, MIALGIAS.
 EX FISICO
 AFEBRIL, HDN ESTABLE, SAT 100% AMBIENTAL
 BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA, MUCOSAS ROSADAS
 FARINGE ERITEMATOSA, AMIGDALAS HIPERTROFICAS CON PLACAS DE PUS
 ADENOPATIAS CERVICALES BILATERALES
 MP (+) SRA, RR2TSS

Condición del paciente al cierre de atención
☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente
 Alta domicilio
 Sin control
 Destino:
 Fecha de Indicación
 Hospitalización: Sin Información.

Categorización Cierre Atención
C4

Procedimientos e indicaciones en box
PENICILINA BENZATINA 1.200.000UI IM + DICLOFENACO 75MG IM

Indicaciones al alta
 REPOSO EN DOMICILIO HASTA VIERNES 3 DE OCTUBRE
 LIQUIDOS ABUNDANTES
 REGIMEN BLANDO
 IBUPROFENO 400MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HRS VO
 URGENCIAS SOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16070536)

Dra. Marcela Canio Segura
 Médico Cirujano
 Rut: 19.199.394-2
 RCM: 52847-1

https://www.ssasur.cl/araucaniasur/urgencia_2/index.php