



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 15555622

TU B

ADMISION: 29/04/2025 17:15		INICIO DE ATENCION: 29/04/2025 17:53		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: LISSETTE ANAIS SIERRA MORAGA		RUT:	22138002 - 9	TELÉFONO:	Sin información																													
DIRECCION: PELEHUE 02671 COMUNA: TEMUCO EDAD: 18 años 10 meses 16 dias (13/06/2006)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	FONASA - A																													
SÍGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>29/04/2025 17:45</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.6 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>95 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>97 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVD1):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresos:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	29/04/2025 17:45	Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	95 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	97 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVD1):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresos:	NO	SI - NO
Hora :	29/04/2025 17:45																																	
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardíaca:	95 ['x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometría:	97 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucotest:																																		
Estado de Conciencia (AVD1):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresos:	NO	SI - NO																																
Motivo de Consulta REF: GRIPE, FIEBRE, DOLOR DE HUESOS, TOS, DIFICULTAD AL RESPIRAR DESDE EL VIERNES																																		
Observaciones Categorización REF: GRIPE, FIEBRE, DOLOR DE HUESOS, TOS, DIFICULTAD AL RESPIRAR DESDE EL VIERNES																																		
Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> 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 <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>ANO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho : </td> </tr> </table>						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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>ANO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	ANO																				
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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>ANO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	ANO																													
DIA	MES	ANO																																
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 Nº 15555622) J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRÍO COMUN)																																		
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5																																		
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 C5																																		
Procedimientos e indicaciones en box - DICLOFENACO 75 MG IM + BETAMETASONA 4 MG IM																																		
Indicaciones al alta - REPOSO ABSOLUTO POR 3 DIAS: 28/04/2025 AL 30/04/2025. MOSTRAR ESTE DOCUMENTO EN SU COMPLEJO EDUCACIONAL RESPECTIVO - HIDRATACION ABUNDANTE - EN CASO DE FIEBRE, APLICAR MEDIDAS FISICAS: FRIO LOCAL, DESVESTIR, EVITAR EL SOBREABRIGO - PARACETAMOL 500 MG: 1.5 COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS VIA ORAL POR 3 DIAS - IBUPROFENO 400 MG: 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS VIA ORAL POR 3 DIAS - LORATADINA 10 MG: 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS VIA ORAL POR 3 DIAS - ACUDIR A URGENCIAS SOS																																		
Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU Nº 15555622) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha Envío</th> <th>Fecha Regreso</th> <th>Tipo</th> <th>Comentario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>29/04/2025 17:53</td> <td></td> <td>OBSERVACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario	29/04/2025 17:53		OBSERVACION																						
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario																															
29/04/2025 17:53		OBSERVACION																																
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15555622) FELIPE TAMAYO QUEZADA MEDICO APS 18572072-1																																		

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.