



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 15555622

ADMISSION: 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		TELEFONO: Sin informacion	
DIRECCION: PELEHUE 02671		PUEBLO ORIGINARIO: TEMUCO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): FONASA - A	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO: MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 18 años 10 meses 16 días (13/06/2006)		SEXO (GÉNERO):			

SIGNOS VITALES		
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 (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	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	Tipo de Consulta : ADULTO
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	
<input type="checkbox"/> Matró(a)	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
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		Elemento Causante							
<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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro							
		Fecha Aproximada del Hecho							
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	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							
		Hora aproximada del hecho							

Diagnóstico (DAU N° 15555622)			
J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)			
Anamnesis e historia clínica			
AM: NIEGA ALERGIAS: NIEGA HC: ACUDE POR CUADRO DE 4 DIAS DE EVOLUCION DE STX DE IRA ALTA: CEG, CEFALEA, ODINOFAGIA, RINORREA, INYECCION CONJUNTIVAL, TOS SECA EF: - FARINGE LEVEMENTE CONGESTIVA, SIN HIPERTROFIA, SIN EXUDADO, SIN ADENOPATIAS, LEVE INYECCION CONJUNTIVAL - MP (+) SRA - RR2TSS - ABD: BDI, RHA (+), SIP (-) - EEII: SIN EDEMA - NEURO: OK			
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 N° 15555622)			
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario
29/04/2025 17:53		OBSERVACION	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 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.