



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15877682

NºA

ADMISION: 07/08/2025 20:07		INICIO DE ATENCION: 07/08/2025 21:37		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																											
NOMBRE: PASCAL ANTONIA HENRÍQUEZ CONCHA		RUT :	28407191 - 3	TELEFONO:	Sin información																										
DIRECCION: CERRO APOQUINDO 3920 HACIENDA LAS MARIPOSAS TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																											
EDAD: 6 años 8 meses 29 dias (09/11/2018)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION:	FONASA - D																										
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>07/08/2025 20:07</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37 [°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 Cardiaca:</td><td>109 ['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 (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	07/08/2025 20:07	Temperatura Axilar:	37 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	109 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	97 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:	NO	Distresado:	SI - NO
Hora :	07/08/2025 20:07																														
Temperatura Axilar:	37 [°C]																														
Temperatura Rectal:																															
Presión Sistólica:																															
Presión Diastólica:																															
Frecuencia Cardiaca:	109 ['x]																														
Frecuencia Respiratoria:																															
Saturometría:	97 [%]																														
Latidos Cardio - Fetales:																															
Hemoglucotest:																															
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																														
Dolor, EVA:	NO																														
Distresado:	SI - NO																														
Motivo de Consulta REF TOS CEFALEA CONGESTION																															
Observaciones Categorización REF TOS CEFALEA CONGESTION																															
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 : INFANTIL 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> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corte-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td colspan="3"> 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corte-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"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho :													
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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corte-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"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho :																						
DIA	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																															
Diagnóstico (DAU Nº 15877682) J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA																															
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																															
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																															
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación _____ Sin _____ Hospitalización: _____ Información.																															
Categorización Cierre Atención C4																															
Procedimientos e indicaciones en box CSV PESO 31 KILOS AMERITA REPOSO POR 7 DIAS																															
Indicaciones al alta IBUPROFENO 8 CC C/8H X 3D PREDNISONA 5 CC DIARIOS POR 5 DIAS CLORFENAMINA 4 MG DIARIOS POR NOCHE - 7 DIAS ABUNDANTES LÍQUIDOS CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS SE EXPLEAN SIGNOS DE ALARMA																															
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15877682) ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4																															

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.

RECETA DESPACHADA