



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15494497

ADMISION: 09/04/2025 20:21		INICIO DE ATENCION: 09/04/2025 20:34		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: YOANA MONSERRAT PAREDES ULLOA		RUT: 22980266 - 6		TELEFONO: 93923267 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE OHIGGINS N° 770, TOLTEN		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TOLTEN		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 16 años 0 meses 16 días (24/03/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

**SIGNOS VITALES**

Hora :	09/04/2025 20:22
Temperatura Axilar:	37 [°C]
Temperatura Rectal:	
Presión Sistólica:	127 [mmHg]
Presión Diastólica:	79 [mmHg]
Frecuencia Cardíaca:	97 [x]
Frecuencia Respiratoria:	
Saturometría:	98 [%]
Latidos Cardio - Fetales:	
Hemoglucotest:	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA A - V - D - I
Dolor, EVA:	
Distresado:	NO SI - NO

**Motivo de Consulta**

CEFALEA, ODINOFAGIA, TOS SECA, MIALGIA, SENSACION FEBRIL DE DOS DIAS

**Observaciones Categorización**

CEFALEA, ODINOFAGIA, TOS SECA, MIALGIA, SENSACION FEBRIL DE DOS DIAS

**Funcionario Que Atiende**

<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO
<input type="checkbox"/> Odontólogo	
<input type="checkbox"/> Matró(a)	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	

**Origen de la Procedencia**

DOMICILIO

**Otros Datos**

\* NINGUNO

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

<b>Naturaleza del Hecho</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</li><li><input type="checkbox"/> Accidente laboral</li><li><input type="checkbox"/> Accidente escolar</li><li><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</li><li><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</li><li><input type="checkbox"/> Agresión</li><li><input type="checkbox"/> Riña</li><li><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</li><li><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</li><li><input type="checkbox"/> Agresión sexual</li><li><input type="checkbox"/> Otro</li><li><input type="checkbox"/> Accidente Incendio</li><li><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto</li><li><input type="checkbox"/> Accidente Erupción</li><li><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami</li></ul>	<b>Elemento Causante</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Contundente</li><li><input type="checkbox"/> Cortante</li><li><input type="checkbox"/> Punzante</li><li><input type="checkbox"/> Corto-punzante</li><li><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</li><li><input type="checkbox"/> Explosión</li><li><input type="checkbox"/> Calor</li><li><input type="checkbox"/> Frío</li><li><input type="checkbox"/> Otro</li></ul>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b> <table border="1" style="width:100%"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO				<b>Hora aproximada del hecho</b> <table border="1" style="width:100%"><tr><td></td></tr></table>	
		DIA	MES	AÑO							
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</li><li><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</li><li><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</li><li><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</li><li><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</li></ul>											

**Diagnóstico (DAU N° 15494497)**

J111 : GRIPE ( CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIA, VIRUS NO IDENTIFICADO)

**Resultado aplicación protocolo selector de demanda**

C4

**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

**Anamnesis e historia clínica**

AM: NO  
AQ: NO  
ALERGIA: NO  
  
HACE 2 DIAS RINORREA, TOS, FIEBRE, CEFALEA  
  
EF: VIGIL, CLOTE, HDE, AFEBRIL, FARINGE ERITEMA, AMIGDALAS SIN LESIONES, RRZT, NAS, MP+, SRA

**Procedimientos e indicaciones en box**

**Indicaciones al alta**

REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS  
DICLOFENACO 50 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS  
PARACETAMOL 500 MG, 2 COMPRIMIDO SOS  
URGENCIA SOS

**Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15494497)**

GABRIELA FERNANDA SANDOVAL MENDOZA  
MEDICO APS  
19466236-K

*Gabriela Sandoval Mendoza*  
3.236-K  
Médico Cirujana