



IPA

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15465762

ADMISSION: 31/03/2025 19:32		INICIO DE ATENCION: 31/03/2025 20:02		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: NS: JOHAN AGURTO MONTES, NR: FLORENCIA IGNACIA AGURTO MONTES		RUT:	23336728 - 1	TELEFONO:	84707366 (CELULAR)
DIRECCION: PASEO LOS QUEULES 3536 VILLA VALLE COMUNA: VERDE TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 14 años 10 meses 3 dias (28/05/2010)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - B
SIGNS VITALES					
Hora :	31/03/2025 19:33				
Temperatura Axilar:	37 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	111 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
Motivo de Consulta REF ODINOFAGIA DOLOR CERVICAL					
Observaciones Categorización REF ODINOFAGIA DOLOR CERVICAL CEFALEA					
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

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	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 15465762)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
J00X : RINOFAARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) M542 : CERVICALGIA	C5

Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
ANTECEDENTES PERSONALES NIEGA ALERGIAS NIEGA PACIENTE ES TRAIDO POR MADRE POR PRESENTAR ODINOFAGIA Y CERVICALGIA DESDE HACE 3 DIAS EXAME FISICO: SIN LATERACIONES	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido

Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente
SE RECOMIENDA AGENDAR HORA CON MEDICO DE PERSISTIR SINTOMAS SE INDICA REPOSO EN DOMOCILIO POR 2 DIAS A PARTIR DEL 31/03/2025 DICLOFENACO 1 AMP IM BETAMETASONA 1 AMP IM	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.
Categorización Cierre Atención	
	C5

Indicaciones al alta
CLORFENAMINA 1 COMP EN LA NOCHE POR 3 DIAS IBUPROFENO 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS