



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKEWE-PELALE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15402209

ADMISSION: 12/03/2025 18:56		INICIO DE ATENCION: 12/03/2025 20:15		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: DANAE ANDREA ZAPATA LLANQUINAO		RUT: 23200137 - 2	TELEFONO: 82069814 (CELULAR)		
DIRECCION: HUILQUILCO MK-11 CAMINO MAKEWE PELALE		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: FREIRE		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - B		
EDAD: 15 años 3 meses 2 días (10/12/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			
SIGNOS VITALES					
Hora:	12/03/2025 18:57				
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	126 [mmHg]				
Presión Diastólica:	75 [mmHg]				
Frecuencia Cardíaca:	108 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	SI - NO	SI - NO			
Motivo de Consulta					
ODINOFAGIA, IRRITACION OCULAR, CEFALEA					
Observaciones Categorización					
ODINOFAGIA, IRRITACION OCULAR, 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: 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					
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho	
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		DIA	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		MES	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante		Hora aproximada del hecho	
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego			
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión			
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor			
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío			
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro			
<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					
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 N° 15402209)					
J069 : VIKOSIS RESPIRATORIA ALTA					
H109 : (En estudio) CONJUNTIVITIS					
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					
Con indicación de tratamiento en su estab.					
Destino:					
Fecha de Indicación Sin					
Hospitalización: Información.					
Categorización Cierre Atención					
C5					
Anamnesis e historia clínica					
ANT MÓRBIDOS NO					
ALERGIAS NO					
ODINOFAGIA, IRRITACION OCULAR, CEFALEA					
HACE APROXIMADAMENTE 2 DIAS					
AL EXAMEN FÍSICO					
BUEN ASPECTO GENERAL					
SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA					
CONJUNTIVAS ROSADAS					
FARINGE CONGESTIVA SIN PLACAS					
PULMONAR MP + SRA					
AMBOS OJOS CON SECRECIÓN SEROSA					
AGUDEZA VISUAL CONSERVADA, OJO ROJO SUPERFICIAL LEVE					
Procedimientos e indicaciones en box					
Indicaciones al alta					
REPOSO MEDICO POR 5 DIAS					
LÍQUIDOS A TOLERANCIA					
MEDIDAS FÍSICAS PARA MANEJO DE FIEBRE					
PARACETAMOL 500 MG 1 1/2 COMP CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE					
IBUPROFENO 400 MG 1 CADA 12 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE					
DESLORATADINA 5 MG 1 AL DIA POR 5 DIAS					
TTO EMPIRICO: CLORANFENICOL COLIRIO 1 GOTTA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS					
CONSULTAR A MEDICO EN CESFAM Y EVALUAR CASO CLINICO DURANTE LA SEMANA EN CASO PERSISTEN SÍNTOMAS					
CONSULTAR A URGENCIA SOS					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15402209)					
ALVARO COLIPE HUENUL					
MEDICO APS					
16389052-6					

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 provisional, 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.