



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LAUTARO

NUMERO DE ATENCION: 15641621

101 B

ADMISION: 25/05/2025 17:20		INICIO DE ATENCION: 25/05/2025 21:59		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: CATALINA SCARLETH RIQUELME VALDEBENITO		RUT: 22800485 - 5		TELEFONO: 57869800 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE PASAJE VOLCAN PUNTIAGUDO N° 110, VILLA MIRADOR DE VOLCANES S/N LAUTARO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 16 años 9 meses 7 dias (18/08/2008)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - D	

SIGNOS VITALES

Hora :	25/05/2025 17:25	
Temperatura Axilar:	35 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	108 [mmHg]	
Presión Diastólica:	76 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	107 [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. FIEBRE, DOLOR DE CABEZA, OÍDOS Y GARGANTA.

Observaciones Categorización
REF. FIEBRE, DOLOR DE CABEZA, OÍDOS Y GARGANTA.

Funcionario Que Atiende
☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matrón(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ 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			Hora aproximada del hecho
		DIA	MES	AÑO	
<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				

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral
☐ Paciente sin lesiones
☐ Leve (0 - 14 días)
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
☐ Grave (30 días o más)
☐ Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 15641621)
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Resultado aplicación protocolo selector de demanda
C5

Anamnesis e historia clínica

ANTECEDENTES:
ANT MÓRBIDOS: NIEGA
ANT. QUIRÚRGICOS: NIEGA
FÁRMACOS: NIEGA
ALERGIAS: NIEGA
HÁBITOS:

ANAMNESIS:
PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 16 AÑOS ACUDE CON SU MADRE. REFIERE CUADRO DE UN DIA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR FIEBRE CUANTIFICADA EN 38°C EN DOMICILIO, ASOCIADO A ODINOFAGIA, RINORREA Y TOS. ADEMAS REFIERE OTALGIA BILATERAL. NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS.

EXAMEN FÍSICO:
SV: AFEBRIL, NORMOCARDICA, EUPNEICA, NORMOTENSA, NORMOSATURANDO A FIO2 AMBIENTAL
VIGIL, CONSCIENTE, LÚCIDA, ORIENTADA EN ESPACIO Y TIEMPO. SIN SIGNOS DE FOCALIDAD NEUROLÓGICA.
HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA, SIN APREMIO VENTILATORIO. HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. MUCOSAS NORMOCOLOREADAS.
OTOSCOPIA BILATERAL: CAE PERMEABLE, SIN SECRECIONES. MT INDEMNE, SIN SIGNOS AGUDOS DE INFLAMACION.
FARINGE ERITEMATOSA, AMIGDALAS HIPERTROFIADAS. SIN PRESENCIA DE EXUDADO.
CARDIACO: RR2T, NO AUSCULTO SOPLOS.
PULMONAR: MURMULLO PULMONAR PRESENTE, SIMÉTRICO, SRA.

CENTOS SCORE: 1 PUNTO

Destino Inmediato del Paciente
Alta domicilio
Sin control
Destino:
Fecha de Sin
Indicación Información.
Hospitalización:


Categorización Cierre Atención
C5

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

- REPOSO RELATIVO EN DOMICILIO POR 5 DIAS A CONTAR DEL LUNES 26 DE MAYO
- HIDRATACION ABUNDANTE CON AGUA.
- PARACETAMOL 500 MG. 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
- KETOPROFENO 50 MG. 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS
- CLORFENAMINA 4 MG. 1 COMPRIMIDO EN LA NOCHE POR 5 DIAS.
- PARA LA TOS: 1 CUCHARADITA DE MIEL 2 A 3 VECES AL DÍA POR 2 DÍAS.
- ACUDIR A URGENCIA SOS EN CASO DE PRESENTAR SÍNTOMAS DE ALARMA EXPLICADOS AL PACIENTE
- SE ENTREGA DAU.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15641621)


TOMAS IGNACIO SAAVEDRA POBLETE
MEDICO APS
20008333-4

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.