



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: **SUR MONSEÑOR VALECH**NUMERO DE ATENCION: **15534173**

ADMISION: <b>22/04/2025 20:01</b>	INICIO DE ATENCION: <b>22/04/2025 20:41</b>	MEDIO LLEGADA: <b>PROPIOS MEDIOS</b>
NOMBRE: <b>PAMELA ODETTE VERONICA RAMIREZ GALLARDO</b>	RUT : <b>22908813 - 0</b>	TELEFONO: <b>89809386 (CELULAR)</b>
DIRECCION: <b>CALLE VALPARAISO 0809</b>	PUEBLO ORIGINARIO: <b>NINGUNO</b>	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
COMUNA: <b>TEMUCO</b>	DECLARADO:	
EDAD: <b>16 años 3 meses 22 días (31/12/2008)</b>	SEXO (GÉNERO): <b>MUJER (FEMENINO)</b>	PREVISION: <b>FONASA - C</b>

## SIGNOS VITALES

Hora :	22/04/2025 20:10	
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	95 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	99 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

## Motivo de Consulta

REFIERE DOLOR DE PECHO ( DESPUES DE CICLOS DE TOS ) , DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR DE CABEZA. DESDE 3 DIAS DE EVOLUCION.

## Observaciones Categorización

REFIERE DOLOR DE PECHO ( DESPUES DE CICLOS DE TOS ) , DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR DE CABEZA. DESDE 3 DIAS DE EVOLUCION.

## 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

- ☐ Accidente de tránsito  
☐ Accidente laboral  
☐ Accidente escolar  
☐ Accidente doméstico  
☐ Accidente en la vía pública  
☐ Agresión  
☐ Riña  
☐ Violencia intrafamiliar  
☐ Mordedura de perro  
☐ Agresión sexual  
☐ Otro  
☐ Accidente Incendio  
☐ Accidente Terremoto  
☐ Accidente Erupción  
☐ Accidente Tsunami

## Elemento Causante

- ☐ Contundente  
☐ Cortante  
☐ Punzante  
☐ Corto-punzante  
☐ Arma de Fuego  
☐ Explosión  
☐ Calor  
☐ Frío  
☐ Otro

## Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

## Hora aproximada del hecho

:

## 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° 15534173)

J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA

## Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

## Anamnesis e historia clínica

AM: ASMA  
ALERGIAS: NIEGAACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR CUADRO DE RINORREA, TOS DE 2 DIAS DE EVOLUCION ASOCIADO A MIALGIAS, SIN FIEBRE, SIN OTRAS MOLESTIAS  
PACIENTE SIN CONTROL CRONICO DE ASMA.

AL EXAMEN FISICO: BCG, HDE, AFEBRIL, MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS, FARINGE LEVEMENTE ERITEMATOSA SIN PLACAS, CARDIACO RR2T SS, PULMONAR MP+ SRA.

## Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo  
☐ Fallecido

## Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
Con indicación de tratamiento en su estab.

Destino:

Fecha de Indicación Sin  
Hospitalización: Información.

## Procedimientos e indicaciones en box

## Indicaciones al alta

REPOSO RELATIVO EN DOMICILIO POR 3 DIAS A CONTAR DE HOY  
ABUNDANTES LIQUIDOS VIA ORAL  
PARACETAMOL 500 MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS  
IBUPROFENO 400 MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS  
SALBUTAMOL 2 PUFF SOS CON AEROCAMARA  
CONTROL EN URGENCIAS SOS, SE EXPLICAN SINTOMAS DE ALARMA

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15534173)