



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR MONSEÑOR VALECH

NUMERO DE ATENCION: 15534173

TJB

ADMISION: 22/04/2025 20:01		INICIO DE ATENCION: 22/04/2025 20:41		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: PAMELA ODETTE VERONICA RAMIREZ GALLARDO		RUT :	22908813 - 0	TELÉFONO:	89809386 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE VALPARAISO 0809 COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 16 años 3 meses 22 dias (31/12/2008)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - C	
SIGNS VITALES						
Hora :	22/04/2025 20:10					
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardiaca:	95 ['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 REFIERE DOLOR DE PECHO, 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						
<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"/> 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho	
						:
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 15534173)						Resultado aplicación protocolo selector de demanda
JO69 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA						C5
Anamnesis e historia clínica						Condición del paciente al cierre de atención
AM: ASMA ALERGIAS: NIEGA						<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
ACUDE 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.						Destino Inmediato del Paciente
AL EXAMEN FISICO: BCG, HDE, AFEBRIL, MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS, FARINGE LEVEMENTE ERITEMATOSA SIN PLACAS, CARDIACO RR2T SS, PULMONAR MP+ SRA.						Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Procedimientos e indicaciones en box						Categorización Cierre Atención
						C5
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 Nº 15534173)						Dra. Camila Valenzuela 22/04/2025 10:30 AM 10:40 AM 10:45 AM 10:50 AM 10:55 AM 11:00 AM