



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 15823049

ADMISSION: 22/07/2025 21:46		INICIO DE ATENCION: 22/07/2025 22:16		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: MURIEL AMANDA SOTO GALLEGOS		RUT : 27017748 - 4		TELEFONO: 81513944 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE PUDETO N° 1120, SAN ANTONIO		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A							
EDAD: 5 años 10 meses 7 días (15/09/2019)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)									
SIGNOS VITALES											
Hora :		22/07/2025 22:14									
Temperatura Axilar:		36,4 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		103 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		97 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		NO		SI - NO							
Motivo de Consulta											
REF: HACE DIAS CON TOS CON FLEMA											
Observaciones Categorización											
REF: HACE DIAS CON TOS CON FLEMA											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matrán(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							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
:											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<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° 15823049)											
B349 : VIROSIS											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C4											
Condición del paciente al cierre de atención											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo											
<input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente											
Categorización Cierre Atención											
C1 C2 C3 C4 C5											
Anamnesis e historia clínica											
ANTECEDENTES											
- MEDICOS: ASMA											
- FCOS: BREXOTIDE, SALBUTAMOL, CETIRIZINA											
- ALERGIAS: NIEGA											
CUADRO DE 4 DIAS DE TOS PRODUCTIVA, SIN OTROS SINTOMAS.											
COMPANEROS DE CURSO CON LOS MISMOS SINTOMAS.											
AL EX FISICO											
VIGIL, REACTIVA, COOPERADORA, BUEN ANIMO, HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA											
FARINGE ERMEMATOSA, SIN PUS, CUELLO MOVIL INDOLORO, SIN MASAS											
RR2T, NAS. BUENA MECANICA RESP. MP (+) BILAT SIMETRICO, SRA											
ABD: RHA (+) BLANDO DEP INDOLORO, BLUMBERG (-)											
EF MOVILES, SIN EDEMA, SIN SIGNOS TVP											
Procedimientos e indicaciones en box											
RX: NO OBS FOCOS DE CONDENSACION NI OTROS HALLAZGOS PATOLOGICOS											
Indicaciones al alta											
REPOSO EN CASA POR 3 DIAS											
REGIMEN BLANDO Y FRIO											
HIDRATACION ABUNDANTE											
CONTROL DE TEMP CADA 8 HRS CON TERMOMETRO											
PARACETAMOL 60 GOTAS CADA 8 HRS SI DOLOR O FIEBRE											
IBUPROFENO 5 ML CADA 8 HRS SI DOLOR O FIEBRE											
MANTENER SUS FARMACOS DE USO CRONICO Y SALBUTAMOL SOS											
ACUDIR A URG EN CASO DE SINTOMAS DE ALARMA INDICADOS											
Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 15823049)											
Fecha Envío		Fecha Regreso		Tipo							
22/07/2025 22:30				OBSERVACION							
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15823049)											
CAMILA MELO VALENZUELA											
MEDICO APS											
19809524-9											

LA 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.