

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 16172129

HOPA

ADMISION: 29/10/2025 22:08		INICIO DE ATENCION: 29/10/2025 23:07		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: FRANCISCA ANTONELLA GONZALEZ ALVAREZ		RUT: 25259996 - 7		TELEFONO: 85318326 (CELULAR)																													
DIRECCION: VALLE LARGO PARQUE COSTANERA II 3149		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																													
COMUNA: ILLAPEL		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - A																													
EDAD: 9 años 9 meses 9 dias (20/01/2016)																																	
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>29/10/2025 22:08</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.6 [°C]</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>98 ['x]</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>99 [%]</td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglicotest:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVD):</td> <td>A - V - D - I</td> <td>A - V - D - I</td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>SI - NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>						Hora :	29/10/2025 22:08	Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	98 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglicotest:		Estado de Conciencia (AVD):	A - V - D - I	A - V - D - I	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	29/10/2025 22:08																																
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardiaca:	98 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	99 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglicotest:																																	
Estado de Conciencia (AVD):	A - V - D - I	A - V - D - I																															
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	SI - NO	SI - NO																															
Motivo de Consulta MIALGIA DISNEA																																	
Observaciones Categorización MIALGIA DISNEA																																	
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 : INFANTIL <input type="checkbox"/> Atención Manifestación Social: NO <input type="checkbox"/> Tipo de Paciente: NO APLICA Origen de la Procedencia <input type="checkbox"/> DOMICILIO Otros Datos <input type="checkbox"/> * NINGUNO																															
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <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"/> Rifa <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> VVS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </td> <td> <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 </td> <td> <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>						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"/> Rifa <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> VVS <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	<table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			:												
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"/> Rifa <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> VVS <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	<table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			:																					
DÍA	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 N° 16172129) J209 : (En estudio) BRONQUITIS AGUDA																																	
Anamnesis e historia clínica AM: NIEGA RAM: IBUPROFENO HOSP: - ACX: - PNÍ: AL DIA PESO: 62KG. MADRE REFIERE SINTOMATOLOGIA DE 3 DIAS, CARACTERIZADO POR FIEBRE, TOS, CONGESTION NASAL, MIALGIAS. NO ATENAUADO FARMACOLOGICAMENTE. ATENAUADO FARMACOLOGICAMENTE. EF: PAC BEG, REACTIVA, SIN ASPECTO SEPTICO, HIDRATADA, EUPNEICA, LLENADO CAPILAR < 3 S, AFEBRIL. ORL: FARINGE ERITEMATOSA SIN EXUDADO, NO PALPO ADENOPATIAS. TORAX: SIMETRICO, SIN RETRACCION INTERCOSTAL, NI CIANOSIS, MP +, SE AUSULTAN CREPITANTES FINOS EN BASE DE HEMITORAX IZQUIERDO, RR2T, NAS.																																	
Procedimientos e Indicaciones en box Indicaciones al alta CERTIFICADO MEDICO: REPOSO EN DOMICILIO POR 7 DIAS RECETARIO LIVIANO + HIDRATACION PARACETAMOL 500MG 1 COMP C/8H POR 3 DIAS AMOXICILINA 500MG C/8H POR 7DIAS LORATADINA 10MG C/24H POR 5 DIAS (NOCHE) SALBUTAMOL 100MCG/DOSIS 2 PUFF C/8H POR 7DIAS (CON AEROCAMARA) CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SINTOMAS (PROGRAMA IRA) CONSULTAR URGENCIAS SOS (SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA).																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16172129) CLAUDIA KARMEN ALICIA SANDOVAL JASPE MEDICO APS 28358540-9																																	

LA MAE 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.