



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 16172129

40A

ADMISSION: 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: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
COMUNA: ILLAPEL		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A								
EDAD: 9 años 9 meses 9 dias (20/01/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)									
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora:	29/10/2025 22:08										
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	98 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	99 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO	SI - NO									
<b>Motivo de Consulta</b> MIALGIA DISNEA											
<b>Observaciones Categorización</b> MIALGIA DISNEA											
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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											
<b>Tipo de Consulta:</b> INFANTIL											
<b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA											
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO											
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO											
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<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"/> 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"/> Color <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
				<b>Hora aproximada del hecho</b> :							
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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											
<b>Diagnóstico (DAU N° 16172129)</b> J209 : (En estudio) BRONQUITIS AGUDA											
<b>Anamnesis e historia clínica</b> AM: NIEGA RAM: IBUPROFENO HOSP:- ACK:- PNI: AL DIA PESO: 62KG. MADRE REFIERE SINTOMATOLOGIA DE 3 DIAS, CARACTERIZADO POR FIEBRE, TOS , CONGESTION NASAL, MIALGIAS. NO ATENUADO FARMACOLOGICAMENTE. EP: 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 AUSCULTAN CREPITANTES FINOS EN BASE DE HEMITORAX IZQUIERDO, RR2T, NAS.											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
<b>Indicaciones al alta</b> CERTIFICADO MEDICO: REPOSO EN DOMICILIO POR 7 DIAS REGIMEN 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).											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16172129)</b> CLAUDIA KARMEN ALICIA SANDOVAL JASPE MEDICO APS 28358540-9 Médico Curatario R.C. 28.358.540-9											

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.