

P.K

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15801967

ADMISION: 16/07/2025 11:25		INICIO DE ATENCION: 16/07/2025 11:34		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ALONSO JAVIER ORELLANA SAEZ		RUT: 27487601 - 8		TELEFONO: 53696751 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE CONCEPCION DPTO. -C.P. DE VALDIVIA		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: N° 1055102, TEMUCO		DECLARADO:			
EDAD: 4 años 4 meses 2 días (14/03/2021)		SEXO (GÉNERO): HOMBRE (MASCULINO)		PREVISION: FONASA - A	

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	16/07/2025 11:31	16/07/2025 12:17	RESFRIO, FIEBRE		
Temperatura Axilar:	37.9 [°C]	37.4 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	135 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	96 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES								
Naturaleza 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	Elemento Causante <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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	Fecha Aproximada del Hecho <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 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	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO						

Diagnóstico (DAU N° 15801967) 300X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda <div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px;">C4</div>
---	---

Anamnesis e historia clínica AM: NO RAM: NO PESO 20 KILOS ACUDE CON MADRE QUIEN REFIERE CUADRO DE 2 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TOS POCO PRODUCTIVA , ODINOFAGIA, FIEBRE REACTIVO , ACTIVO A ESTÍMULOS EXTERNOS, SIN ASPECTO SÉPTICO , HIDRATADO , AFEBRIL, SIN RETRACCIÓN/CIANOSIS, FARINGE ERITEMATOSA SIN EXUDADO, CAES PERMEABLES MTS INDEMNES SIN ERITEMAS , NO PALPO ADENOPATÍAS, RR2T S/S MP + SRA ABD RHA + BDI BLUMBERG -, S. MENINGEOS (-)	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
--	---

Procedimientos e indicaciones en box IBUPROFENO 200MG / 5 ML DAR 5 ML VO STAT CONTROL DE T° 12:18 37,4 °C	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:
--	--

Indicaciones al alta REPOSO EN CASA POR 5 DIAS ABUNDANTE LÍQUIDO PARACETAMOL 500MG 1/2 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS, LUEGO SOS DOLOR O T° > 38°C IBUPROFENO 200MG/5ML DAR 5ML CADA 8 HRS POR 3 DIAS LORATADINA 10MG DAR 1/2 COMP DIA POR 5 DIAS ASEO NASAL CON FISIOLIMP INFANTIL, 2 PUFF CADA 8 HRS EN CADA FOSA NASAL POR 3 DIAS (COMPRAR) ABRILAR O BRONTEC (JARABE) DAR 2.5 ML CADA 8 HRS POR 5 DIAS (COMPRAR EN FARMACIA) EDUCO SÍNTOMAS DE ALARMA, ACUDIR SOS	Categorización Cierre Atención <div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px;">C4</div>
---	---

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15801967) MICHELLE DAZA ROMAY MEDICO APS 25682808-1	
--	--

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.