



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15815851

PK

ADMISION: 20/07/2025 20:35	INICIO DE ATENCION: 20/07/2025 20:48	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: GASPAR ALBERTO HERNANDEZ RASSE	RUT : 27262068 - 7	TELEFONO: 90346952 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE RIO DON VILLA LOS RIOS Nº 3231, COMUNA: TEMUCO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 5 años 3 meses 2 dias (18/04/2020)	SEXO (GÉNERO): HOMBRE (MASCULINO)	PREVISION: FONASA - B

## SIGNOS VITALES

Hora :	20/07/2025 20:36	
Temperatura Axilar:	39 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:	149 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
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	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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Hora aproximada del hecho : _____</p>	DIA	MES	ANO			
DIA	MES	ANO						
<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								

## Diagnóstico (DAU Nº 15815851)

J068 : (En estudio) FARINGOAMIGDALITIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

- 
- Vivo
- 
- 
- Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
 Sin control  
 Destino:  
 Fecha de Indicación Sin Información.  
 Hospitalización:

Categorización Cierre Atención

C4

## Anamnesis e historia clínica

AM: NO RAM: NO PESO: 28  
 ACUDE CON SU MADRE QUIEN REFIERE CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TOS POCO PRODUCTIVA , ESTADO NAUSEOSO , FIEBRE INSIDIOSA, ODINOFAGIA INTENSA, MALESTAR GENERAL

REACTIVO , ACTIVO A ESTÍMULOS EXTERNOS, SIN ASPECTO SÉPTICO , HIDRATADO , FEBRIL, SIN RETRACCIÓN/CIANOSIS, OROFARINGE CONGESTIVA AMÍGDALAS HIPERTRÓFICAS G2 SIN EXUDADOS , CAES PERMEABLES MTS INDÉMNIES LEVE ERITEMA SIN SECRECIONES PATOLÓGICAS , NO PALPO ADENOPATIAS, RRZT S/S MP + SRA ABD RHA + BDI BLUMBERG - , S. MENÍNGEOS (-)

## Procedimientos e indicaciones en box

IBUPROFENO 200MG/ 5ML 7 ML VO STAT  
 21:18 CONTROL Tº 39.6  
 21:20 : METAMIZOL 0.4CC EV EN 250 ML SOL. FISIOLOGICA  
 CONTROL DE T BOX 37.5

## Indicaciones al alta

REPOSO EN CASA POR 3 DÍAS  
 ABUNDANTE LÍQUIDO  
 AMOXICILINA 500MG/5ML DAR 4 ML CADA 8 HRS POR 7 DÍAS  
 PARACETAMOL 500MG DAR 3/4 COMP CADA 8 HRS, SOS DOLOR O Tº > 38°C  
 IBUPROFENO 200MG/5ML DAR 7 ML CADA 8 HRS POR 3 DÍAS  
 PREDNISONA 20MG/ 5ML DAR 5 ML DIA POR 3 DÍAS  
 CLORFENAMINA 4 MG DAR 1/2 COMP CADA 12 HRS POR 3 DÍAS  
 ASEO NASAL CON FISIOLIMP INFANTIL, 2 PUFF CADA 8 HRS EN CADA FOSA NASAL POR 3 DIAS (COMPRAR)  
 BRONTEC O ABRILAR ( JARABE) DAR 4 ML CADA 8 HRS POR 5 DIAS (COMPRAR EN FARMACIA )  
 EDUCO SINTOMAS DE ALARMA, ACUDIR SOS

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15815851)

MICHELLE DAZA ROMAY  
 MEDICO APS  
 25682808-1

RECIBIDA/DESPACHADA