



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

50A

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 15877123

|  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
|--|---|--------------------------------------|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|--|--|---|
| ADMISION: 07/08/2025 18:02   |   | INICIO DE ATENCION: 07/08/2025 19:05 |                     | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS |                                  |  |  |  |   |
| NOMBRE: MARTINA CATALINA PULGAR BRUNA  |   | RUT :                                | 24644660 - 1        | TELEFONO:                     | 31057375<br>(CELULAR)            |  |  |  |   |
| DIRECCION: BAJADA DE PIEDRA KM 2,CAMINO A TOLTEN<br>COMUNA: PITRUFQUEN   |   | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:         | NINGUNO             | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |                                  |  |  |  |   |
| EDAD: 11 años 2 meses 1 días (06/06/2014)  |   | SEXO (GÉNERO):                       | MUJER<br>(FEMENINA) | PREVISION:                    | FONASA - A                       |  |  |  |   |
| <b>SIGNS VITALES</b>   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Hora :   | 07/08/2025 18:29  |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Temperatura Axilar:  | 38.2 [°C]   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Temperatura Rectal:  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Presión Sistólica:   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Presión Diastólica:  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Frecuencia Cardiaca:   | 108 ['x]  |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Frecuencia Respiratoria:   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Saturometría:  | 95 [%]  |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Latidos Cardio - Fetales:  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Hemoglucotest:   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Estado de Conciencia (AVDI):   | ALERTA  | A - V - D - I                        |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Dolor, EVA:  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Distresado:  | NO  | SI - NO                              |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| <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<br><input type="checkbox"/> Accidente laboral<br><input type="checkbox"/> Accidente escolar<br><input type="checkbox"/> Accidente doméstico<br><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública<br><input type="checkbox"/> Agresión<br><input type="checkbox"/> Riña<br><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar<br><input type="checkbox"/> Mordedura de perro<br><input type="checkbox"/> Agresión sexual<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Accidente Incendio<br><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto<br><input type="checkbox"/> Accidente Erupción<br><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami | <input type="checkbox"/> Contundente<br><input type="checkbox"/> Cortante<br><input type="checkbox"/> Pungiente<br><input type="checkbox"/> Corto-pungiente<br><input type="checkbox"/> Arma de Fuego<br><input type="checkbox"/> Explosión<br><input type="checkbox"/> Calor<br><input type="checkbox"/> Frío<br><input type="checkbox"/> Otro | <b>DIA</b>                           | <b>MES</b>          | <b>AÑO</b>                    | <b>Hora aproximada del hecho</b> |  |  |  |   |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  | : |
|  |   |                                      | :                   |                               |                                  |  |  |  |   |
| <b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones<br><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)<br><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)<br><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)<br><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| <b>Diagnóstico (DAU N° 15877123)</b>   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Resultado aplicación protocolo selector de demanda   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| C3   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| <b>Anamnesis e historia clínica</b>  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| AM NO<br>RAM NO CX NO  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| ACUDE POR CUADRO DE 2 DIAS DE ODINOFAGIA RINORREA TOS SECA Y FIEBRE HASTA 38.5. TOMANDO REMEDIOS NATURALES. SIN SINTOMAS GASTROINTESTINALES.<br>AL EXAMEN FISICO BCG COOPERADORA BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA FEBRIL 38.2<br>FARINGE CONGESTIVA SIN PLACAS DE PUS<br>TORAX SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA<br>RR2T SS<br>MP + SRA  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Condición del paciente al cierre de atención   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Vivo<br><input type="checkbox"/> Fallecido   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| <b>Destino Inmediato del Paciente</b>  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| Alta domicilio<br>Sin control<br>Destino:<br>Fecha de Indicación Sin<br>Hospitalización: Información.  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| <b>Categorización Cierre Atención</b>  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| C3   |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| <b>Procedimientos e indicaciones en box</b><br>IBUPROFENO 400 MG VO<br>PARACETAMOL 500 MG 2 COMP VO  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| <b>Indicaciones al alta</b><br>REPOSO DESDE EL 5/8/25 POR 5 DIAS EN DOMICILIO<br>CONTROL DE TEMPERATURA<br>ASEO NASAL<br>IBUPROFENO 400 MG 1 COMP CADA 8 RHS X 3 DIAS VO<br>PARACETAMOL 500 GM 2 COMP CADA 8 RHS X 3 DIAS VO<br>RECONSULTAR SOS EXPLICO SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA A MADRE  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| <i>-Bisol 1w jarabe 4mg 15ML =&gt; 1/8h</i><br><i>x5 días w</i>  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |
| <i>Paulina Bandas 16.800.423-2</i><br><i>asistencial Cirujano</i><br><i>RCM 49093-2</i>  |   |                                      |                     |                               |                                  |  |  |  |   |

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15877123) \_\_\_\_\_

PAULINA ANDREA BARBOSA TRONCOSO  
MEDICO APS  
18800423-7

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.