



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16300548

III B

ADMISSION: 06/12/2025 19:39		INICIO DE ATENCION: 06/12/2025 21:10		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: FRANCISCA BELEN GUTIERREZ IBAÑEZ		RUT: 22967756 - K		TELEFONO: 49999025 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE METRENCO N°1190, SANTA ROSA S/N		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - D	
EDAD: 16 años 8 meses 26 días (10/03/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>		
Hora:	06/12/2025 19:50	
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	98 [mmHg]	
Presión Diastólica:	58 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	74 [x]	
Frecuencia Respiratoria:	18 [x]	
Saturometría:	95 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

  

<b>Motivo de Consulta</b>	
SINTOMAS DE RESFRIO, DOLOR DE GARGANTA, MOCOS EV: 4D RAM(-) AM( ASMA)	
<b>Observaciones Categorización</b>	
SINTOMAS DE RESFRIO, DOLOR DE GARGANTA, MOCOS EV: 4D	
<b>Funcionario Que Atiende</b>	<b>Tipo de Consulta : ADULTO</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	
<input type="checkbox"/> Matron(a)	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
<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>	<b>Hora 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"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <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				<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
DIA	MES	AÑO								
<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° 16300548)</b> J029 : FARINGITIS AGUDA	<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4
<b>Anamnesis e historia clínica</b> ACUDE POR CUADRO DE 1 SEMANA APROX DE ODINOFAGIA, TOS PRODUCTIVA, CONGESTION NASAL. SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS  AM ASMA AL (-)  EF BEG, CLOTE, VIGIL, TRANQUILA HDN ESTABLE MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS, PERFUSION DISTAL CONSERVADA FARINGE: DISCRETO ERITEMA, TONSILAS INDEMNES CARDIOPULMONAR: RR2TS, MP + SRA SIN FOCALIDAD NEUROLOGICA MARCHA CONSERVADA SIN OTROS HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN	<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido  <b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.  <b>Categorización Cierre Atención</b> C4
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>	
<b>Indicaciones al alta</b> PARACETAMOL 1GR C/8H POR 3 DÍAS IBUPROFENO 400 MG C/8H POR 3 DÍAS CICLOBENZAPRINA 10 MG C/NOCHE POR 3 DÍAS LORATADINA 10 MG C/12H POR 3 DÍAS TOMAR ABUNDANTE AGUA: 2L AL DÍA TECITO CON MIEL, JENGIBRE Y LIMON ABRIGARSE BIEN EL CUELLO >>JUSTIFICAR INASISTENCIA A CLASES EL 5/12 POR CUADRO ACTUAL<< CONTROL EN SU CONSULTORIO PARA SEGUIMIENTO MEDICO	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16300548)</b>  IGNACIO ANDRÉS GONZÁLEZ CASTILLO MEDICO APS 18635642-K	

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.