



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16300548

III/08

ADMISION: 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 DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - D	
EDAD: 16 años 8 meses 26 dias (10/03/2009)					
<b>SIGNS VITALES</b>					
Hora :	06/12/2025 19:50		Motivo de Consulta — SINTOMAS DE RESFRIO, DOLOR DE GARGANTA, MOCOS EV: 4D RAM(-) AM( ASMA)		
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]		Observaciones Categorización — SINTOMAS DE RESFRIO, DOLOR DE GARGANTA, MOCOS EV: 4D		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	98 [mmHg]				
Presión Diastólica:	58 [mmHg]				
Frecuencia Cardíaca:	74 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:	18 ['x]				
Saturometría:	95 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucos:					
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>					
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	DIA	MES	Año	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante			Hora aproximada del hecho	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Puncante			:	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante				
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego				
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión				
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor				
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frio				
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro				
<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					
<b>Diagnóstico (DAU N° 16300548)</b>					
J029 : FARINGITIS AGUDA					
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>					
C4					
<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>					
<p>Indicaciones al alta:</p> <p>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 LIMÓN ABRIGARSE BIEN EL CUELLITO &gt;&gt;JUSTIFICAR INASISTENCIA A CLASES EL 5/12 POR CUADRO ACTUAL&lt;&lt; CONTROL EN SU CONSULTORIO PARA SEGUIMIENTO MÉDICO</p>					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16300548)</b>					
IGNACIO ANDRES GONZÁLEZ CASTILLO MÉDICO 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.