



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15822884

IJB

ADMISION: 22/07/2025 20:49		INICIO DE ATENCION: 22/07/2025 21:10		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: FRANCESCA ANYELINA HENRIQUEZ TOLEDO		RUT : 23166247 - 2		TELEFONO: 77453728 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE LOS NOGALES 1432 VILLA EL BOSQUE		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 15 años 8 meses 15 días (07/11/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

SIGNOS VITALES		
Hora :	22/07/2025 20:57	
Temperatura Axilar:	39.1 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	143 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturimetría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
REF. FIEBRE, CEFALEA, NAUSEAS, DOLOR ABDOMINAL, MIALGIA DE AYER.	
Observaciones Categorización	
REF. FIEBRE, CEFALEA, NAUSEAS, DOLOR ABDOMINAL, MIALGIA DE AYER.	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : ADULTO
<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matró(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo	Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA
Origen de la Procedencia	
DOMICILIO	
Otros Datos	
* NINGUNO	

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>	
DÍA	MES	AÑO								

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

Diagnóstico (DAU N° 15822884)

J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

 Alta domicilio
 Con control en estab. origen (CESFAM u Hospital)

Control policlinico

 Patología: Aguda
 Establecimiento: CESFAM PADRE LAS CASAS (CESFAM)

 Destino:
 Fecha de Indicación Sin Información.
 Hospitalización:

Categorización Cierre Atención

C5

Anamnesis e historia clínica

 AM: NO
 ALERGIAS: NO
 FMCO: NO
 PNI AL DIA

 CONSULTO AYER EN URGENCIAS SAR DONDE DEJAN TTO MANEJO MEDICO POR RESFRIADO
 HOY 2 DIAS
 CEFALEA LEVE, ODINOFAGIA, CONGESTION NASAL, DECAIMIENTO, MIALGIAS MANTIENE FIEBRE ELVADA HASTA 39°C, SIN OTROS SINTOMAS.

 EXAMEN FISICO:
 BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDO
 FARINGE ERITEMATOSA, SIN PLACAS DE PUS, SIN DESCARGA POSTERIOR
 FOSAS NASALES CON SECRECION MODERADA
 RR2TS MP+SR
 EXT MOVILES, SIMETRICAS, SIN EDEMA, SIN SIGNOS DE TVP
 NLG CONSERVADO

Procedimientos e indicaciones en box

 ADMINISTRAR FARMACOS
 BETAMETASONA 4MG 1 AMP IM
 DICLOFENACO 75MG 1 AMP IM

Indicaciones al alta

 CLORFENAMINA 4MG 1 C/12H POR 5 DIAS
 KETOPROFENO 50MG 1 C/8H POR 3 DIAS
 ABUNDANTE LIQUIDO
 REOSO RELATIVO
 CONSULTAR EN CASO DE SOS O SÍNTOMAS: DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE QUE NO PUEDA CONTROLAR, EN POLICLINICO EN 3 DIAS PARA SOLICITAR HORA DE MORBILIDAD

MANTENER OTROS TRATAMIENTOS Y REPOSO

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15822884)

DIEGO ANDRES CARRIZO CAMPOS
MEDICO APS
27149748-2

Dr. Diego A. Carrizo C.
Medicina General
27149748-2

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.