

JOB



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15822884

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 DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: PADRE LAS CASAS		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A
EDAD: 15 años 8 meses 15 dias (07/11/2009)					
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora :	22/07/2025 20:57		Motivo de Consulta REF. FIEBRE, CEFALEA, NAUSEAS, DOLOR ABDOMINAL, MIALGIA DE AYER.		
Temperatura Axilar:	39.1 [°C]		Observaciones Categorización REF. FIEBRE, CEFALEA, NAUSEAS, DOLOR ABDOMINAL, MIALGIA DE AYER.		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	143 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	SI - 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 <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b> :
<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 Nº 15822884)</b> JOOX : RINOFAARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4					
<b>Anamnesis e historia clínica</b>					
AM: NO ALERGIAS: NO FMCO: NO PNI AL DIA  CONSULTO AYER EN URGENCIAS SAR DONDE DEJAN TTO MANEJO MEDICO POR RESFRIADO HOY 2 DIAS CEFALAEA 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 RR2TSS MP+SRSA EXT MOVILES, SIMETRICAS, SIN EDEMA, SIN SIGNOS DE TVP NLG CONSERVADO					
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido					
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con control en estab. origen (CESFAM u Hospital)					
Control polidiníco Patología: Aguda Establecimiento: CESFAM PADRE LAS CASAS (CESFAM) Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:					
Categorización Cierre Atención C5					
<b>Indicaciones al alta</b>					
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 Nº 15822884)

DIEGO ANDRES CARRIZO CAMPOS  
MEDICO APS  
27149748-2

*Dr. Diego A. Carrizo C.  
Medicina General  
27.149.748-2*

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.