



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

B0A

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 15841389

ADMISION: 28/07/2025 17:15		INICIO DE ATENCION: 28/07/2025 18:04		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: AGUSTINA ISIDORA MARIANJEL LEMUI		RUT :	23787060 - 3	TELEFONO:	89064405 (CELULAR)						
DIRECCION: CALLE BARROS ARANA N° 205, COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 13 años 8 meses 25 dias (03/11/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION:	FONASA - C						
SIGLOS VITALES											
Hora :	28/07/2025 17:49										
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	108 ['x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	96 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucostest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO	SI - NO									
Motivo de Consulta REF. TERSIANAS, CEFALEA, DOLOR DE GARGANTA, FIEBRE DE 38 EN LA NOCHE , DESDE HACE 3 DIAS											
Observaciones Categorización REF. TERSIANAS, CEFALEA, DOLOR DE GARGANTA, FIEBRE DE 38 EN LA NOCHE , DESDE HACE 3 DIAS											
Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
Tipo de Consulta : INFANTIL 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 <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		Elemento Causante <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									
		Fecha Aproximada del Hecho <table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Hora aproximada del hecho :				DIA	MES	AÑO			
DIA	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 Nº 15841389) J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5											
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.											
Categorización Cierre Atención C4											
Procedimientos e indicaciones en box TOMA DE PANEL VIRAL											
Indicaciones al alta REPOSO POR 3 DIAS LIQUIDO ABUNDANTE ASEO NASAL FRECUENTE CONTROL DE TEMPERATURA Y SINTOMAS PARACETAMOL 500 MG: 1 COMP C/8HR SI FIEBRE > 38.5°C O MALESTAR GENERAL. (9) CLORFENAMINA 4 MG: 1 COMP AL DIA (NOCHE) POR 5 DIAS (5) DICLOFENAC SODICO 50MG: 1COMP C/8HR SOS DOLOR INTENSO O FIEBRE QUE NO CEDE CON PARACETAMOL. (9) CONTROL EN CONSULTORIO SI SÍNTOMAS PERSISTEN ACUDIR URGENCIA SOS. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15841389) MIRNA MARIELETHS SOTO FRANCO MEDICO APS 27104227-2											