



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15831722

JB

ADMISION: 25/07/2025 18:16		INICIO DE ATENCION: 25/07/2025 21:48		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: MAYLEN PAULINA CURIN RIQUELME		RUT : 23467695 - 4		TELEFONO: 40484276 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE MANUEL RODRIGUEZ N° 137, COMUNA: PILLANLELBUN S/N LAUTARO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 14 años 8 meses 29 días (26/10/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - C							
SIGNOS VITALES											
Hora :		25/07/2025 18:17									
Temperatura Axilar:		36.6 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		90 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturimetría:		99 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		A - V - D - I		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		SI - NO		SI - NO							
Motivo de Consulta ODINOFAGIA MIALGIA CONGESTION											
Observaciones Categorización ODINOFAGIA MIALGIA CONGESTION											
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		Elemento Causante		Fecha 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"><thead><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> 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		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
				Hora aproximada del hecho :							
Diagnóstico (DAU N° 15831722) J209 : BRONQUITIS AGUDA											
Anamnesis e historia clínica AM: NO AL: NO AQX: AMIGDALECTOMIA PACIENTE CON CUADRO DE 5 DIAS DE EVOLUCION DE TOS CON EXPECTORACION, ASOCIADO A COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL, MIALGIAS (+), CEFALEA (+), SIN VOMITOS, SIN DIARREA, RINORREA +++, ODINOFAGIA Y LEVE AUMENTO DE VOLUMEN CERVICAL. EXAMEN FISICO FARINGE ERITEMATOSA, CONGESTIVA, SIN EXUDADO MP (+) CON SIBILANCIAS ESPIRATORIAS, MP DISMINUIDO A IZQUIERDA, SIN RONCUS, SIN CREPITOS. CARDIO RR2T, NAS											
Procedimientos e indicaciones en box											
Indicaciones al alta - REPOSO EN CASA POR 7 DIAS - PREDNISONA 40MG CADA 24H POR 5 DIAS - IBUPROFENO 400 MG 1 COMP CADA 8H POR 3 DIAS - PARACETAMOL 500 MG 2 COMP CADA 8H POR 3 DIAS - ABUNDANTE HIDRATACION - CONTROL CON MÉDICO EN CASO DE FIEBRE MAS DE 3 DIAS, AUMENTO DE COMPROMISO RESPIRATORIO O EN CASO DE EMPEORAMIENTO DE SÍNTOMAS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15831722) PATRICIA GONZALEZ MUÑOZ MEDICO APS 20158235-0											
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 Hospitalización:											
Categorización Cierre Atención C5											