



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15863039

IV<sup>a</sup>

ADMISION: 03/08/2025 21:45		INICIO DE ATENCION: 03/08/2025 23:03		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS								
NOMBRE: FRANCISCA ANASTASIA GODOY VELOSO		RUT :	22350534 - 1	TELEFONO:	2220875 (FIJO)							
DIRECCION: CURITIVA 3208 PARQUE COSTANERA TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):									
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:										
EDAD: 18 años 4 meses 20 dias (14/03/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - D								
<b>SIGNS VITALES</b>												
Hora :	03/08/2025 21:47											
Temperatura Axilar:	36,8 [°C]											
Temperatura Rectal:												
Presión Sistólica:	128 [mmHg]											
Presión Diastólica:	59 [mmHg]											
Frecuencia Cardíaca:	97 [x]											
Frecuencia Respiratoria:												
Saturometría:	99 [%]											
Latidos Cardíaco - Fetales:												
Hemoglucosel:												
Estado de Conciencia (AVDL):	ALERTA	A - V - D - I										
Dolor, EVA:	3 [x]											
Distresado:	NO	SI - NO										
<b>- Motivo de Consulta</b> REF: DOLOR DE GARGANTA , FIEBRE.												
<b>Observaciones Categorización</b> REF. CEFALEA, CONGESTION NASAL, DOLOR DE GRAGANTA, TOS PRODUCTIVA, DESDE AYER												
<b>Funcionario Que Atiende</b>		<b>Tipo de Consulta : ADULTO</b>										
<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		Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA										
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO												
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO												
<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"/> 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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>							
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <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 N° 15863039)</b> <b>J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA</b>												
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="checkbox"/> C5												
<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 Sin control Destino: Fecha de Indicación: _____ Sin Hospitalización: _____ Información.												
<b>Categorización Cierre Atención</b> <input type="checkbox"/> C5												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> DICLOFENACO 75 MG/3ML SOL. IM AM VIA INTRAMUSCULAR,												
<b>Indicaciones al alta</b>												
<b>MEDIDAS GENERALES</b> <b>REPOSO RELATIVO POR 5 DIAS</b> IBUPROFENO 400 MG COMP CAD 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL, DESLORATADINA 5 MG COMP CAD 24 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL, PARACETAMOL 500 MG COMP CAD 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL, PREDNISONA 20 MG COMP CAD 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL, CONTROL EN POLIMORELIDAD EN												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15863039)</b>												
ANGENIE PHLOGENE PHLOGENE MEDICO APS 26730544-7												