



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

8-B

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15516390

|   |                                      |                               |  |            |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|--|------------|
| ADMISION: 16/04/2025 21:57  | INICIO DE ATENCION: 16/04/2025 22:14 | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS |  |            |
| NOMBRE: LOURDES ISABEL MEZA MEZA  | RUT : 23913303 - 7                   | TELEFONO: 65604538 (CELULAR)  |  |            |
| DIRECCION: AVENIDA PULMAHUE N° 1235, PADRE LAS<br>COMUNA: CASAS<br>TEMUCO | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |  |            |
| EDAD: 13 años 0 meses 19 dias (28/03/2012)                                | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)      | PREVISION:                    |  | FONASA - A |

## SIGNOS VITALES

|                              |                  |               |
|------------------------------|------------------|---------------|
| Hora :                       | 16/04/2025 22:00 |               |
| Temperatura Axilar:          | 36.4 [°C]        |               |
| Temperatura Rectal:          |                  |               |
| Presión Sistólica:           |                  |               |
| Presión Diastólica:          |                  |               |
| Frecuencia Cardiaca:         | 88 [x]           |               |
| Frecuencia Respiratoria:     |                  |               |
| Saturometría:                | 99 [%]           |               |
| Latidos Cardio - Fetales:    |                  |               |
| Hemoglucotest:               |                  |               |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA           | A - V - D - I |
| Dolor, EVA:                  | 0 [x]            |               |
| Distresado:                  | NO               | SI - NO       |

## Motivo de Consulta

CUIDADORA REF TOS CON FLEMAS, DISNEA, CEFALAEA, DOLOR DE ESPALDA. (PCTE ALDEAS SOS).

## Observaciones Categorización

CUIDADORA REF TOS CON FLEMAS, DISNEA, CEFALAEA, DOLOR DE ESPALDA. (PCTE ALDEAS SOS).

## Funcionario Que Atiende

- Médico  
 Odontólogo  
 Matrón(a)  
 Enfermero(a)  
 Técnico Paramédico  
 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   | Hora aproximada del hecho |     |     |  |  |  |     |
|--|---|--|---------------------------|-----|-----|--|--|--|-----|
| <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito<br><input type="checkbox"/> Accidente laboral<br><input type="checkbox"/> Accidente escolar<br><input type="checkbox"/> Accidente doméstico<br><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública<br><input type="checkbox"/> Agresión<br><input type="checkbox"/> Riña<br><input type="checkbox"/> Violencia Intrafamiliar<br><input type="checkbox"/> Mordedura de perro<br><input type="checkbox"/> Agresión sexual<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Accidente Incendio<br><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto<br><input type="checkbox"/> Accidente Erupción<br><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami | <input type="checkbox"/> Contundente<br><input type="checkbox"/> Cortante<br><input type="checkbox"/> Puntante<br><input type="checkbox"/> Corto-puntante<br><input type="checkbox"/> Arma de Fuego<br><input type="checkbox"/> Explosión<br><input type="checkbox"/> Calor<br><input type="checkbox"/> Frío<br><input type="checkbox"/> Otro | <table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | DIA                       | MES | AÑO |  |  |  | : : |
| DIA  | MES   | AÑO  |                           |     |     |  |  |  |     |
|  |   |  |                           |     |     |  |  |  |     |
| <b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b><br><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones<br><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)<br><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)<br><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)<br><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios  |   |  |                           |     |     |  |  |  |     |

## Diagnóstico (DAU Nº 15516390)

J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIO COMUN)

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

## Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo  
 Fallecido

## Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
 Sin control  
 Destino:  
 Fecha de  
 Indicación  
 Hospitalización: Sin Información.

## Categorización Cierre Atención

C5

## Procedimientos e indicaciones en box

## Indicaciones al alta

PARACETAMOL 500MG, 1 COMP CADA 6 HORAS POR 3 DIAS  
 IBUPROFENO COMP 400MG, 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS  
 LORATADINA COMP 10MG, 1 POR NOCHE POR 5 NOCHES  
 CONTROL EN CONSULTORIO DE PERSISTIR SINTOMATOLOGIA  
 ACUDIR A URGENCIA EN CASO DE PRESENTAR:  
 -DIFICULTAD RESPIRATORIA NO ASOCIADA A CONGESTION NASAL  
 -HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS  
 -RESPIRACION RAPIDA Y SUPERFICIAL

REPOSO MEDICO POR 5 DIAS

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15516390)