



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 15971984

3A

ADMISION: 02/09/2025 17:20		INICIO DE ATENCION: 02/09/2025 22:30		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: MATILDE AURORA ZAMORANO MENDOZA		RUT :	25201966 - 9	TELÉFONO:	55386369 (CELULAR)																												
DIRECCION: 5° FAJA KM 5.8 COMUNA: GORBEA EDAD: 9 años 9 meses 11 dias (22/11/2015)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	NINGUNO MUJER (FEMENINA)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																												
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>02/09/2025 18:19</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.8 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>97 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>96 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	02/09/2025 18:19	Temperatura Axilar:	36.8 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	97 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	96 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:	A - V - D - I	Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	02/09/2025 18:19																																
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardíaca:	97 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	96 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:	A - V - D - I																																
Distresado:	NO																																
	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> DOLOR DE GARGANTA Y TOS DE HACE DOS DIAS, FIEBRE																																	
<b>Observaciones Categorización</b> DOLOR DE GARGANTA Y TOS DE HACE DOS DIAS, FIEBRE																																	
<b>Funcionario Que Atiende</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																																	
<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL 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> <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <th> <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"/> VVS  <input type="checkbox"/> Otro  <input type="checkbox"/> Accidente Incendio  <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto  <input type="checkbox"/> Accidente Erupción  <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami         </th> <th> <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         </th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>:</th> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			Hora 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"/> VVS <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	DIA	MES	AÑO	:																
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			Hora 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"/> VVS <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	DIA	MES	AÑO	:																												
<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 15971984)</b> <b>J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)</b>																																	
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> 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> C5																																	
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>																																	
<b>Indicaciones al alta</b> - HIDRATACIÓN ABUNDANTE - EN CASO DE CONGESTIÓN, LAVADO NASAL 3 VECES AL DÍA CON JERINGA DE 15 CC Y SUERO FISIOLÓGICO. APLICAR EN CADA FOSA NASAL.																																	

- PARACETAMOL 500 MG, 1 COMPRIMIDO C/8 HORAS POR 5 DÍAS VÍA ORAL
- IBUPROFENO 400 MG, 1 COMPRIMIDO C/8 HORAS POR 3 DÍAS VÍA ORAL
- BRONCATOX JARABE 6,5 ML C/8 HORAS POR 7 DÍAS VÍA ORAL
- ACUDIR A URGENCIAS SOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15971984)

FRANCISCA ANDREA MADARIAGA SUBIABRE  
MEDICO APS  
18775536-0

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.