



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 16151160

40A

ADMISSION: 23/10/2025 21:53		INICIO DE ATENCION: 23/10/2025 22:19		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: FRANCISCA ANTONELLA GONZALEZ ALVAREZ		RUT: 25259996 - 7		TELEFONO: 85318326 (CELULAR)							
DIRECCION: VALLE LARGO PARQUE COSTANERA II 3149		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: ILLAPEL		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A							
EDAD: 9 años 9 meses 3 días (20/01/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)									
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora:		23/10/2025 21:54									
Temperatura Axilar:		36.6 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		97 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		99 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		A - V - D - I		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresados:		SI - NO		SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b> TOS FEBRIL DECAIDA ODINOFAGIA											
<b>Observaciones Categorización</b> TOS FEBRIL DECAIDA ODINOFAGIA											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matron(a)											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
<b>Tipo de Consulta:</b> INFANTIL											
<b>Atención Manifestación Social:</b> NO											
<b>Tipo de Paciente:</b> 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>											
<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											
<b>Elemento Causante</b>											
<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>Fecha Aproximada del Hecho</b>											
<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>						DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<b>Horario aproximado del hecho</b>											
<table border="1"><tr><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° 16151160)</b>											
3069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>											
CS											
<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											
Con indicación de tratamiento en su estab.											
Destino:											
Fecha de Indicación											
Hospitalización:											
Sin Información.											
<b>Categorización Cierre Atención</b>											
CS											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
CSV											
PESO: 55KG											
REPOSO POR 3 DIAS											
<b>Indicaciones al alta</b>											
IBUPROFENO 400 MG (1 COMP) C/8H X 3D											
PREDNISONA 20 MG DIARIOS POR 5 DIAS											
CLORFENAMINA 4 MG (1COMP) C/12H X 3D											
ABUNDANTES LÍQUIDOS											
CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS											
SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16151160)</b>											
ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA											
MEDICO APS											
26752151-4											

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.