

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 16151160

ADMISION: 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:	MUJER	PREVISION: FONASA - A		
EDAD: 9 años 9 meses 3 dias (20/01/2016)		SEXO (GÉNERO): (FEMENINA)				
<b>SIGNS VITALES</b>						
Hora :	23/10/2025 21:54	Motivo de Consulta TOS FEBRIL DECAIDA ODINOFAGIA				
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	Observaciones Categorización TOS FEBRIL DECAIDA ODINOFAGIA				
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardiaca:	97 ['x]	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				
Frecuencia Respiratoria:		Tipo de Consulta : INFANTIL				
Saturometría:	99 [%]	Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA				
Latidos Cardio - Fetales:		Origen de la Procedencia DOMICILIO				
Hemoglucotest:		Otros Datos * NINGUNO				
Estado de Conciencia (AVD):	A - V - D - I	A - V - D - I				
Dolor, EVA:		SI - NO	SI - NO			
Cansado:						
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>						
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"/> Rifa <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> VVS <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Contante <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	Hora aproximada del hecho :	
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						
<b>Diagnóstico (DAU Nº 16151160)</b> JO69 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA						
<b>Anamnesis e historia clínica</b> ANTECEDENTES PERSONALES: COLON IRITABLE ALERGIA A MEDICAMENTOS: IBUPROFENO INICIO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: 3 EA: PACIENTE QUIEN REFIERE: CONGESTIÓN NASAL // ODINOFAGIA // MIALGIAS // TOS - MOTIVO POR EL CUAL ACUDE ORL: FARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO CP: TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE MP + SIN AGREGADOS // RR2T NS						
<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 LIQUIDOS CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA						
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 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 los molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.