

P.K.



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15805534

|   |                                      |                               |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| ADMISION: 17/07/2025 15:24                | INICIO DE ATENCION: 17/07/2025 16:04 | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS |
| NOMBRE: SOFÍA HELENA NÚÑEZ GONZÁLEZ       | RUT : 27299516 - 8                   | TELEFONO: 36512199 (CELULAR)  |
| DIRECCION: MARTIN ALONQUEO 1940           | PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO           | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |
| COMUNA: PADRE LAS CASAS                   | DECLARADO:                           | PREVISION: FONASA - A         |
| EDAD: 5 años 0 meses 26 días (21/06/2020) | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)      |                               |

|                              |                  |                  |  |
|------------------------------|------------------|------------------|--|
| <b>SIGNOS VITALES</b>        |                  |                  | <b>Motivo de Consulta</b>                          |
| Hora :                       | 17/07/2025 15:38 | 17/07/2025 16:46 | MADRE REF QUE TIENE VOMITOS Y LE DUELE LA GARGANTA |
| Temperatura Axilar:          | 38 [°C]          | 37.7 [°C]        |  |
| Temperatura Rectal:          |                  |                  |  |
| Presión Sistólica:           |                  |                  | <b>Observaciones Categorización</b>                |
| Presión Diastólica:          |                  |                  | MADRE REF QUE TIENE VOMITOS Y LE DUELE LA GARGANTA |
| Frecuencia Cardíaca:         | 160 [x]          |                  |  |
| Frecuencia Respiratoria:     |                  |                  | <b>Funcionario Que Atiende</b>                     |
| Saturometría:                | 100 [%]          |                  | <input checked="" type="checkbox"/> Médico         |
| Latidos Cardíaco - Fetales:  |                  |                  | <input type="checkbox"/> Odontólogo                |
| Hemoglucotest:               |                  |                  | <input type="checkbox"/> Matró(a)                  |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA           | A - V - D - I    | <input type="checkbox"/> Enfermero(a)              |
| Dolor, EVA:                  | 0 [x]            |                  | <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico        |
| Distresado:                  | NO               | SI - NO          | <input type="checkbox"/> Kinesiólogo               |
|                              |                  |                  | Tipo de Consulta : INFANTIL                        |
|                              |                  |                  | Atención Manifestación Social: NO                  |
|                              |                  |                  | Tipo de Paciente: NO APLICA                        |
|                              |                  |                  | <b>Origen de la Procedencia</b>                    |
|                              |                  |                  | DOMICILIO  |
|                              |                  |                  | <b>Otros Datos</b>                                 |
|                              |                  |                  | * NINGUNO  |

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

| <b>Naturaleza del Hecho</b>                          | <b>Elemento Causante</b>                | <b>Fecha Aproximada del Hecho</b>  | <b>Hora aproximada del hecho</b> |     |     |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|----------------------------------|-----|-----|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito       | <input type="checkbox"/> Contundente    | <table><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | DIA                              | MES | AÑO |  |  |  | <table><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
| DIA  | MES                                     | AÑO  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Accidente laboral           | <input type="checkbox"/> Cortante       |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Accidente escolar           | <input type="checkbox"/> Punzante       |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Accidente doméstico         | <input type="checkbox"/> Corto-punzante |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública | <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Agresión                    | <input type="checkbox"/> Explosión      |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Riña                        | <input type="checkbox"/> Calor          |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar     | <input type="checkbox"/> Frío           |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Mordedura de perro          | <input type="checkbox"/> Otro           |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |
| <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           |   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |  |

**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 N° 15805534)</b>  | <b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>  |
| J039 : (En estudio) AMIGDALITIS AGUDA   | C4   |
| <b>Anamnesis e historia clínica</b>   | <b>Condición del paciente al cierre de atención</b>  |
| AM: (-)<br>AQ: (-)<br>FCOS: (-)<br>ALERGIAS: (-)<br>ANT. PERINATALES: DUCTO ANTERIOZO PERSISTENTE<br>PNI: ACTUALIZADO<br><br>MC: ODINOFAGIA<br><br>DESDE HOY CON ODINOFAGIA, SENSACIÓN FEBRIL CUANTIFICADA HASTA 38, COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL.<br>EF: FARINGE ERITEMATOSA CON PLACAS DE PUS A IZQUIERDA<br>ABD BDI SMSM RHA8+), SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL<br>RESTO SIN HALLAZGOS.  | <input checked="" type="checkbox"/> Vivo<br><input type="checkbox"/> Fallecido   |
| <b>Procedimientos e indicaciones en box</b>   | <b>Destino Inmediato del Paciente</b>  |
| 23 KILOS<br><br>A UOP<br>MEDIDAS FÍSICAS<br>IBUPROFENO 200/5, 5.5CC VO<br>ONDANSETRON 4MG VO  | Alta domicilio<br>Con indicación de tratamiento en su estab.<br>Destino:<br>Fecha de Indicación Sin<br>Hospitalización: Información. |
| <b>Indicaciones al alta</b>   | <b>Categorización Cierre Atención</b>  |
| REPOSO RELATIVO EN CASA POR 7 DÍAS (PRESENTAR DAU EN COLEGIO PARA JUSTIFICAR INASISTENCIA)<br>HIDRATACIÓN ABUNDANTE PORCIONADA<br>ASEO NASAL CON FISIOLIMP O SIMILAR CADA 2-4 HORAS<br>AMOXICILINA 500MG/5CC, 5CC VO CADA 8 HORA SPOR 7 DÍAS<br>PARACETAMOL 500MG, MEDIO COMPRIMIDO CADA 8HRS, VÍA ORAL, POR 5 DÍAS<br>IBUPROFENO 200MG/5ML, 5.5ML CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS, VÍA ORAL<br>CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTENCIA DE SINTOMAS<br>PREVENIR CONTAGIO DE INFECCIONES<br>RECONSULTAR URGENCIA FRENTE A SIGNOS DE ALARMA EDUCADOS | C4   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Procedimientos e indicaciones en box</b>  | <b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15805534)</b> |
| 23 KILOS<br><br>A UOP<br>MEDIDAS FÍSICAS<br>IBUPROFENO 200/5, 5.5CC VO<br>ONDANSETRON 4MG VO |   |