



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR QUEPE

NUMERO DE ATENCION: 15556141

ADMISSION: 29/04/2025 18:45		INICIO DE ATENCION: 29/04/2025 20:11		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: CONSTANZA ANAIS MARIN CORTEZ		RUT : 24696451 - 3		TELÉFONO: 68314132 (CELULAR)																													
DIRECCION: CALLE 21 DE MAYO N° 12, QUEPE COMUNA: FREIRE EDAD: 10 años 9 meses 3 dias (26/07/2014)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																													
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>29/04/2025 18:46</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.2 [°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 Cardiaca:</td><td>107 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</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>SI - NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	29/04/2025 18:46	Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	107 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:	A - V - D - I	Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	29/04/2025 18:46																																
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardiaca:	107 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	98 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:	A - V - D - I																																
Distresado:	SI - NO																																
	SI - NO																																
Motivo de Consulta MADRE REFIERE TOS SECA , CONGESTION NASAL																																	
Observaciones Categorización MADRE REFIERE TOS SECA , CONGESTION NASAL																																	
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																																	
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 <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <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"/> 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 </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> Hora aproximada del hecho : </td> </tr> </table>						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"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <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	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	ANO																			
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"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <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	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	ANO																												
DIA	MES	ANO																															
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																																	
Diagnóstico (DAU Nº 15556141) J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) 0000 : SOSPECHA DE HIPERTROFIA DE ADENOIDE																																	
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5																																	
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																	
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información, Hospitalización:																																	
Categorización Cierre Atención C4																																	
Indicaciones al alta REPOSO POR 7 DIAS LÍQUIDO ABUNDANTE ASEO NASAL FRECUENTE PARACETAMOL 500 MG: 1 COMP C/8HR SI FIEBRE > 38.5°C O MALESTAR GENERAL. (9) CLORFENAMINA 4 MG: 1 COMP AL DIA (NOCHE) POR 5 DIAS (5) IBUPROFENO 400MG: 1COMP C/8HR SOS DOLOR INTENSO O FIEBRE QUE NO CEDE CON PARACETAMOL. (9) CONTROL EN CONSULTORIO SI SÍNTOMAS PERSISTEN ACUDIR URGENCIA SOS, SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15556141) MIRNA MARIELETHS SOTO FRANCO MEDICO APS 27104227-2																																	

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.