



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15822562 *TOB*

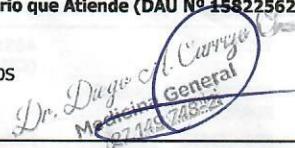
| | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------|--|
| ADMISION: 22/07/2025 19:23 | | INICIO DE ATENCION: 22/07/2025 21:24 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | | |
| NOMBRE: FLORENCE ISIDORA REDEL MANCILLA | | RUT : | 23333689 - 0 | TELEFONO: | 45516892 (CELULAR) | |
| DIRECCION: CAMINO NIAGARA KM 1 PUENTE LAS CANOAS | | PUEBLO ORIGINARIO | NINGUNO | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | |
| COMUNA: PADRE LAS CASAS | | DECLARADO: | MUJER (FEMENINA) | PREVISION: FONASA - B | | |
| EDAD: 15 años 2 meses 9 dias (13/05/2010) | | SEXO (GÉNERO): | | | | |
| SIGNS VITALES | | | | | | |
| Hora : | 22/07/2025 19:38 | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 36.1 [°C] | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | |
| Presión Sistólica: | 91 [mmHg] | | | | | |
| Presión Diastólica: | 71 [mmHg] | | | | | |
| Frecuencia Cardiaca: | 102 ['x] | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | | |
| Saturometría: | 98 [%] | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | | |
| Distresado: | NO | SI - NO | | | | |
| Motivo de Consulta | | | | | | |
| CEFALEA ODINOFAGIA CESFAM PLC | | | | | | |
| Observaciones Categorización | | | | | | |
| CEFALEA ODINOFAGIA CESFAM PLC | | | | | | |
| 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 : ADULTO 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 | | | | | | |
| 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"/> 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 | | | | | | |
| Diagnóstico (DAU Nº 15822562) | | | | | | |
| 300X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) | | | | | | |
| 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 Con control en estab. origen (CESFAM u Hospital) | | | | | | |
| Control polyclínico | | | | | | |
| Patología: Aguda Establecimiento: CESFAM PADRE LAS CASAS (CESFAM) | | | | | | |
| Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización: | | | | | | |
| Categorización Cierre Atención | | | | | | |
| C5 | | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box | | | | | | |
| Indicaciones al alta | | | | | | |
| PARACETAMOL 500MG. 1 COMP CADA 8 HORAS VO POR 5 DIAS CLORFENAMINA 4MG 1 C/12H POR 5 DIAS IBUPROFENO 400MG 1 C/8H POR 3 DIAS ABUNDANTE LIQUIDO REOSO RELATIVO | | | | | | |

CONSULTAR EN CASO DE SOS O SÍNTOMAS: DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE QUE NO PUEDA CONTROLAR, EN POLICLINICO EN 3 DIAS PARA SOLICITAR HORA DE MORBILIDAD

REPOSO EN CASA DESDE 21 AL 25 DE JULIO

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15822562)

DIEGO ANDRES CARRIZO CAMPOS
MEDICO APS
27149748-2



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.