



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15828564

ADMISION: 24/07/2025 17:44		INICIO DE ATENCION: 24/07/2025 19:35		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: LESLIE BELEN PINO VALDEBENITO		RUT :	23970431 - K	TELEFONO:	26401366 (CELULAR)
DIRECCION: MANTUA 2335, AMANECER COMUNA: VILCUN EDAD: 13 años 1 meses 28 dias (26/05/2012)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A
<b>SIGNS VITALES</b>					
Hora :	24/07/2025 17:52				
Temperatura Axilar:	36 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	85 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	97 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	2 ['x]				
Distresado:	NO	SI - NO			
<p><b>Motivo de Consulta</b> FLUJO RESPIRATORIO (AMANECER)</p> <p><b>Observaciones Categorización</b> TOS, DOLOR DE PECHO AL TOSER. DESDE HACE 4 DIAS.</p> <p><b>Funcionario Que Atiende</b></p> <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 <p><b>Tipo de Consulta : INFANTIL</b></p> <p><b>Atención Manifestación Social: NO</b> <b>Tipo de Paciente: NO APLICA</b></p> <p><b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO</p> <p><b>Otros Datos</b> * NINGUNO</p>					
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>					
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada 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"/> 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 :
<p><b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b></p> <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 15828564)</b> <b>J209 : FARINGOBRONQUITIS</b>					
<p><b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b></p> <p>C4</p>					
<p><b>Condición del paciente al cierre de atención</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido					
<p><b>Destino Inmediato del Paciente</b></p> <p>Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.</p>					
<p><b>Categorización Cierre Atención</b></p> <p>C4</p>					
<p><b>Indicaciones al alta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- REPOSO POR 7 DIAS. DESDE HOY 24/7/25</li> <li>-PREDNISONA 20 MG 1 CADA 12 HRS VO X 5 DIAS.</li> <li>BROMURO IPRAUTROPICO : 2 PUFF C/6 HRS X7 DIAS.</li> <li>- IBUPROFENO 400 MG 1 C/8HRS VO X 3 DIAS.</li> <li>- AZITROMICINA 500 MG 1 C/24 HORAS VO X 5 DIAS.</li> <li>- SOS SIGNOS DE DIFICULTAD RESP-. ACUDIR A URGENCIAS. +</li> </ul>					
<p><b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15828564)</b></p>					

LUIS EMILIO CASTILLO SANCHEZ  
MEDICO APS  
18303078-7

**FORMULARIO**

**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.