



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKEWE-PELALE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 16040727

11/04

ADMISION: 22/09/2025 19:11		INICIO DE ATENCION: 22/09/2025 20:26		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: GABRIELA ALONDRA CURRIHUECHON HUINCA		RUT : 22540904 - 8		TELEFONO: 76248081 (CELULAR)	
DIRECCION: MILLALCHE KM-6.5 PARADERO LAS NOVIAS, COMUNA: RINCONADA FREIRE		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 17 años 10 meses 30 dias (23/10/2007)		SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - A	
SIGNOS VITALES					
Hora :	22/09/2025 19:11		Motivo de Consulta REFIERE DOLOR DE GARGANTA, MUCOSIDAD NASAL, OTALGIA DESDE HOY		
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]		Observaciones Categorización REFIERE DOLOR DE GARGANTA, MUCOSIDAD NASAL, OTALGIA DESDE HOY		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	122 [mmHg]				
Presión Diastólica:	83 [mmHg]				
Frecuencia Cardiaca:	92 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	100 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Funcionario Que Atiende		
Dolor, EVA:			Tipo de Consulta : ADULTO		
Distresado:	NO	SI - NO	Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA		
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"/> VVS <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 16040727)					
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda					
C5					
Condición del paciente al cierre de atención					
<input type="checkbox"/> Vívo <input type="checkbox"/> Fallecido					
Destino Inmediato del Paciente					
Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.					
Categorización Cierre Atención					
C5					
Procedimientos e indicaciones en box					
METAMIZOL 1G IM					
Indicaciones al alta					
HIDRATACION ABUNDANTE PARACETAMOL 500 MG, 2 COMP. C/8H VO SOS IBUPROFENO 400 MG, 1 COMP. C/8H VO SOS POR 3 DIAS CLORFENAMINA 4 MG, 1 POR NOCHE POR 3 DIAS CONTROL EN POLICLINICO SI PERSISTEN SINTOMAS CONSULTAR EN URGENCIAS ANTE SINTOMAS DE ALARMA SOS. SE JUSTIFICA REPOSO 23/09					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16040727)					
 Dr. Lungkoyam Toro Ancavil LUNGKOYAM TORO ANCAMIL MEDICO APS 16727525-3					

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.