



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 16243510

ADMISSION: 19/11/2025 17:18		INICIO DE ATENCION: 19/11/2025 19:05		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: AMPARO DENISSE MONTECINO INOSTROZA		RUT: 26154709 - 0		TELEFONO: Sin informacion	
DIRECCION: SIN INFORMACION		PUEBLO ORIGINARIO: TEMUCO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 7 años 8 meses 13 días (06/03/2018)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - A	

SIGNOS VITALES		
Hora :	19/11/2025 17:29	
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	117 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	95 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I A - V - D - I	
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO SI - NO	

Motivo de Consulta	
REF. FLEMAS TOS, 2 SEMANAS	
Observaciones Categorización	
REF. FLEMAS TOS, 2 SEMANAS	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : INFANTIL
<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matron(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo	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	Hora 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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
DÍA	MES	AÑO								
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 N° 16243510)	
J069 : INFECCION AGUDA VIA RESPIRATORIA ALTA(NO ESPECIFICADO)	
Anamnesis e historia clínica	
ANTECEDENTES PERSONALES: - ALERGIA A MEDICAMENTOS:- INICIO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: + 3 SEM EA: PACIENTE QUIEN REFIERE: CONGESTIÓN NASAL // ODINOFAGIA // MIALGIAS // TOS -MOTIVO POR EL CUAL ACUDE ORL: FARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO CP: TORAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE MP + RONCUS BILATERALES // RR2T NS NEUROLÓGICO: GLASGOW 15 /15	
Procedimientos e indicaciones en box	
PESO: 38 KG REPOSO POR 7 DIAS	
Indicaciones al alta	
IBUPROFENO 400 MG (1 COMP) C/8H X 3D AMOXICILINA 2 COMP C / 12 H X 5 DIAS CLORFENAMINA 4 MG (1COMP) C/12H X 3D ABUNDANTES LÍQUIDOS CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16243510)	
ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4	

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 indicación de tratamiento en su estab.
Destino:
Fecha de Indicación: Sin
Hospitalización: Información.
Categorización Cierre Atención
C5

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 provisiona, 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.