



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 16243510

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------|--|-------------------------------|---|---|-----|-----|--|--|--|
| ADMISION: 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: | <input checked="" type="checkbox"/> Sin información | | | | | |
| DIRECCION: SIN INFORMACION | | PUEBLO ORIGINARIO | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | | | | | | |
| COMUNA: TEMUCO | | DECLARADO: | | | | | | | | |
| EDAD: 7 años 8 meses 13 dias (06/03/2018) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA) | PREVISION: | | FONASA - A | | | | | |
| SIGNS VITALES | | | | | | | | | | |
| Hora : | 19/11/2025 17:29 | | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 36.5 [°C] | | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardiaca: | 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 | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Motivo de Consulta REF: FLEMAS TOS. 2 SEMANAS </div> <div style="width: 45%;"> Observaciones Categorización REF: FLEMAS TOS. 2 SEMANAS </div> </div> | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Funcionario Que Atiende <ul style="list-style-type: none"> <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 </div> <div style="width: 45%;"> Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA </div> </div> | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Origen de la Procedencia DOMICILIO </div> <div style="width: 45%;"> Otros Datos * NINGUNO </div> </div> | | | | | | | | | | |
| EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES | | | | | | | | | | |
| Naturaleza del Hecho <ul style="list-style-type: none"> <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 | | Elemento Causante <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro | | Fecha Aproximada del Hecho <table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Hora aproximada del hecho : | DIA | MES | AÑO | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <ul style="list-style-type: none"> <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 16243510) J069 : INFECCIÓN AGUDA VÍA RESPIRATORIA ALTA(NO ESPECIFICADO) | | | | | | | | | | |
| 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: _____ Sí Hospitalización: _____ Información. | | | | | | | | | | |
| Categorización Cierre Atención C5 | | | | | | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box PESO: 38 KG REPOSO POR 7 DIAS | | | | | | | | | | |
| Indicaciones al alta IBUPROFENO 400 MG (1 COMP) C/8H X 3D AMOXIICLINA 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 Nº 16243510) ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4 | | | | | | | | | | |

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.