



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: **SAPU SANTA ROSA**NUMERO DE ATENCION: **14681897**

ADMISION: <b>06/08/2024 19:33</b>	INICIO DE ATENCION: <b>06/08/2024 20:23</b>	MEDIO LLEGADA: <b>PROPIOS MEDIOS</b>
NOMBRE: <b>MARIÁN ANDREA INZUNZA CASTILLO</b>	RUT: <b>26709660 - 0</b>	TELEFONO: <b>82270497 (CELULAR)</b>
DIRECCION: <b>CALLE CHACABUCO N° STA ROSA N° 885, COMUNA: TEMUCO</b>	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: <b>NINGUNO</b>	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: <b>5 años 5 meses 20 días (17/02/2019)</b>	SEXO (GÉNERO): <b>MUJER (FEMENINO)</b>	PREVISION: <b>FONASA - A</b>

## SIGNOS VITALES

Hora:	06/08/2024 19:34	06/08/2024 20:10
Temperatura Axilar:		36.6 [°C]
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:		117 [x]
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:		95 [%]
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

## Motivo de Consulta

REF TOS CON FLEMAS, INAPETENCIA, DECAIMIENTO Y SENSACION FEBRIL DE 2 DIAS (AUTISMO)

## Observaciones Categorización

REF TOS CON FLEMAS, INAPETENCIA, DECAIMIENTO Y SENSACION FEBRIL DE 2 DIAS (AUTISMO)

## Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico  
☐ Odontólogo  
☐ Matrón(a)  
☐ Enfermero(a)  
☐ Técnico Paramédico  
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta: INFANTIL

Atención Manifestación Social: NO  
Tipo de Paciente: NO APLICAOrigen de la Procedencia  
DOMICILIOOtros Datos  
\* NINGUNO

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

## Naturaleza del Hecho

- ☐ Accidente de tránsito  
☐ Accidente laboral  
☐ Accidente escolar  
☐ Accidente doméstico  
☐ Accidente en la vía pública  
☐ Agresión  
☐ Riña  
☐ Violencia intrafamiliar  
☐ Mordedura de perro  
☐ Agresión sexual  
☐ Otro  
☐ Accidente Incendio  
☐ Accidente Terremoto  
☐ Accidente Erupción  
☐ Accidente Tsunami

## Elemento Causante

- ☐ Contundente  
☐ Cortante  
☐ Punzante  
☐ Corto-punzante  
☐ Arma de Fuego  
☐ Explosión  
☐ Calor  
☐ Frío  
☐ Otro

## Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

## Hora aproximada del hecho

:

## Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- ☐ Paciente sin lesiones  
☐ Leve (0 - 14 días)  
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)  
☐ Grave (30 días o más)  
☐ Se requieren exámenes complementarios

## Diagnóstico (DAU N° 14681897)

J209 : BRONQUITIS ( MENORES DE 15 AÑOS )

## Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

## Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo  
☐ Fallecido

## Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
Sin control  
Destino:  
Fecha de Indicación  
Hospitalización: Sin Información.

## Categorización Cierre Atención

C4

## Anamnesis e historia clínica

PACIENTE CONSULTA CON DOLOR FARINGEO DESDE HACE 2 DIAS SIN LESIONES, SENSACION FEBRIL SIN OTROS SINTOMAS.

PIEL Y MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS.  
CUELLO: YUGULARES PLANAS. SIN SOPLOS CAROTÍDEOS.  
CARDIACO: RITMO REGULAR EN DOS TIEMPOS SIN RUIDOS AGREGADOS.  
RESPIRATORIO: MURMULLO PULMONAR PRESENTE, RONCUS DIFUSO.

## Procedimientos e indicaciones en box

## Indicaciones al alta

SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 8 HORAS POR 5 DIAS  
AMOXICILINA 500 MG/5ML 2,5 ML CADA 8 HORAS POR 7 DIAS  
RESPOSO EN DOMICILIO HASTA EL 10/08/24  
EN CASO DE AUMENTAR LA SINTOMATOLOGIA CONSULTA EN HORAS DE MORBILIDAD

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14681897)