

FORMULARIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 15815026

60A

ADMISION: 20/07/2025 16:27		INICIO DE ATENCION: 20/07/2025 20:24		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: LESLIE BELEN PINO VALDEBENITO		RUT :	23970431 - K	TELEFONO:	26401366 (CELULAR)	
DIRECCION: AVENIDA PEDRO DE VALDIVIA 111, SAN PATRICIO VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 13 años 1 meses 24 dias (26/05/2012)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION:	FONASA - A	
SIGNS VITALES						
Hora :	20/07/2025 16:39	20/07/2025 19:05	Motivo de Consulta MAMA REFIERE TOS Y DOLOR DE PECHO AL RESPIRAR DE HOY			
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	37.1 [°C]	Observaciones Categorización SIN INFORMACIÓN			
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:		112 [mmHg]				
Presión Diastólica:		69 [mmHg]				
Frecuencia Cardiaca:	101 ['x]	75 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	99 [%]	98 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA	Funcionario Que Atiende			
Dolor, EVA:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL		
Distresado:	NO	SI - NO	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		
			<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		
			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Origen de la Procedencia		
			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	DOMICILIO		
			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	Otros Datos		
				* NINGUNO		
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"/> Rifa <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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	
					Horas aproximadas 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 15815026)						
J00X : RESFRIO COMUN						
Resultado aplicación protocolo selector de demanda						
C5						
Anamnesis e historia clínica						
ANTECEDENTES MÉDICOS: (-) ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: (-) FÁRMACOS: (-) ALERGIA: (-)						
PACIENTE CON ANTECEDENTES DESCRITOS. CON HISTORIA DE APROXIMADAMENTE UN DIA DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR TOS, ODINOFAGIA, CEFALÉA Y MIALGIA. AL INTERROGATORIO DIRIGIDO NIEGA FIEBRE U OTROS SÍNTOMAS DE COMPROMISO SISTÉMICO, GASTROINTESTINALES, RESPIRATORIOS.						
EXAMEN FÍSICO GENERAL: VIGIL, ATENTA, ORIENTADA. HIDRATADA Y BIEN PERFUNDIDA. CABEZA Y CUERPO: FARÍNGE ERITEMATOSA. TÓRAX: MP (+) SRA, CORAZÓN RR2T NO AUSCULTO SOPLOS.						
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Sin Indicación Información. Hospitalización:						
Categorización Cierre Atención						
C5						
Procedimientos e indicaciones en box						
Indicaciones al alta						
REPOSO EN DOMICILIO HASTA EL 23/07/2025. PARACETAMOL 500MG, 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS VÍA ORAL POR 3 DÍAS. DICLOFENACO 50 MG, 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS VÍA ORAL POR 3 DÍAS. VITAMINA C 100MG, 2 COMPRIMIDOS AL DÍA VÍA ORAL POR 5 DÍAS. <i>comprar</i> PROPOLEO SPRAY, USAR SEGÚN NECESIDAD. CONSULTA EN POLICLÍNICO DE MEDICINA GENERAL. PEDIR HORA. CONSULTA EN SERVICIO DE URGENCIAS EN CASO DE SÍNTOMAS DE ALARMA. EXPLICAR SÍNTOMAS DE ALARMA.						
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15815026)						