



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 16009159

1-A

ADMISION: 13/09/2025 14:02		INICIO DE ATENCION: 13/09/2025 15:58		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																										
NOMBRE: ANTONELLA ANAIS CHANTAL BETANCOURT ROJAS		RUT : 26441148 - 3		TELÉFONO: 40502729 (CELULAR)																																										
DIRECCION: CALLE FCO. POBLET 0809 S/N		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																										
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - A																																										
EDAD: 7 años 0 meses 20 dias (24/08/2018)																																														
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td colspan="2">13/09/2025 14:13</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td colspan="2">36.7 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td colspan="2">80 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td colspan="2">98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td colspan="2">A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td colspan="2">SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	13/09/2025 14:13		Temperatura Axilar:	36.7 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	80 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO	
Hora :	13/09/2025 14:13																																													
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]																																													
Temperatura Rectal:																																														
Presión Sistólica:																																														
Presión Diastólica:																																														
Frecuencia Cardiaca:	80 ['x]																																													
Frecuencia Respiratoria:																																														
Saturometría:	98 [%]																																													
Latidos Cardio - Fetales:																																														
Hemoglucotest:																																														
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																												
Dolor, EVA:																																														
Distresado:	NO	SI - NO																																												
Motivo de Consulta REFIERE TOS, DOLOR DE CUERPO CABEZA, DESDE HACE 3 DÍAS.																																														
Observaciones Categorización MAMA REFIERE TOS, DOLOR DE CUERPO CABEZA, DESDE HACE 3 DÍAS.																																														
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>						<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																																			
<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																																														
Tipo de Consulta : INFANTIL 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 <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <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 </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Hora aproximada del hecho :</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table> </td> </tr> </table>						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	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO						Hora aproximada del hecho :	Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>						<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															
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	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO																																									
DIA	MES	AÑO																																												
		Hora aproximada del hecho :																																												
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>						<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																																				
<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 16009159) J039 : AMIGDALITIS AGUDA																																														
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C5																																														
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																														
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.																																														
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5																																														
Procedimientos e indicaciones en box																																														
Indicaciones al alta ABUNDANTE LIQUIDO REPOSO TOTAL POR LUNES 15 Y MARTES 16, NO PUEDE ASISTIR A CLASES REGIMEN LIVIANO AMOXICILINA 5,5 CC CADA 8 HRS X 7 DIAS IBUPROFENO 5,5 CC CADA 8 HRS X 3 DIAS CLORFENAMIAN 4 MG EN LA NOCHE X 7 DIAS SALBUTAMOL 2 PUFF SOS																																														
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16009159) MARCELA PAOLA ARMAZA SALVATICI MEDICO APS 18165173-3																																														