

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

III<sup>o</sup> B

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 16199029

FECHA: 06/11/2025 17:48	INICIO DE ATENCION: 06/11/2025 20:12	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																										
NOMBRE: SOFIA ANTONIA OCARES VIZAMA RUT : 22930142 - K		TELEFONO: 82912215 (CELULAR)																										
DIRECCION: CALLE CHAIHUIN N° 02747, VILLA LOS RIOS COMUNA: TEMUCO EDAD: 16 años 9 meses 12 dias (25/01/2009)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - B																										
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>06/11/2025 18:18</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.7 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>105 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>67 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>96 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardíacos - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Palpación EVA:</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td>Respiración:</td><td>SI - NO</td></tr> </table>			Hora :	06/11/2025 18:18	Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	105 [mmHg]	Presión Diastólica:	67 [mmHg]	Frecuencia Cardíaca:	96 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	99 [%]	Latidos Cardíacos - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	Palpación EVA:	SI - NO	Respiración:	SI - NO
Hora :	06/11/2025 18:18																											
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]																											
Temperatura Rectal:																												
Presión Sistólica:	105 [mmHg]																											
Presión Diastólica:	67 [mmHg]																											
Frecuencia Cardíaca:	96 ['x]																											
Frecuencia Respiratoria:																												
Saturometría:	99 [%]																											
Latidos Cardíacos - Fetales:																												
Hemoglucotest:																												
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I																											
Palpación EVA:	SI - NO																											
Respiración:	SI - NO																											
<b>Motivo de Consulta</b> REF, RESFRIADA, NAUSEAS, MIALGIA, DOLOR DEL PECHO.																												
<b>Observaciones Categorización</b> REF, RESFRIADA, NAUSEAS, MIALGIA, DOLOR DEL PECHO.																												
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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 : ADULTO Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																										
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																												
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																												
<b>O DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td>Fecha del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente  <input type="checkbox"/> Cortante  <input type="checkbox"/> Puntante  <input type="checkbox"/> Corto-puntante  <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  <input type="checkbox"/> Explosión  <input type="checkbox"/> Calor  <input type="checkbox"/> Frío  <input type="checkbox"/> Otra         </td> <td> <table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Hora aproximada del hecho : :</td> </tr> </table>			Fecha del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho		<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otra	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO						Hora aproximada del hecho : :											
Fecha del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho																										
	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otra	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO																							
DIA	MES	AÑO																										
		Hora aproximada del hecho : :																										
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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																												
<b>Diagnóstico (DAU N° 16199029)</b> <b>JO0X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)</b>																												
		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5																										
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																												
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de : Sin Indicación : Información. Hospitalización:																												
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16199029)</b>  VLADIMYR DECEIDE DECEIDE MEDICO APS 26864778-3																												

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.