



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 16048754

19A

ADMISION: 24/09/2025 18:43		INICIO DE ATENCION: 24/09/2025 18:50		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MIA VALENTINA VALLEJOS SAN MARTIN		RUT: 26654928 - 8	TELEFONO: 62622904 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE RIO VOIPIR 710		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - B		
EDAD: 6 años 8 meses 16 dias (08/01/2019)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	24/09/2025 18:43		REF DOLOR DE ABDOMEN Y GARAGANTA		
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:			Observaciones Categorización		
Presión Diastólica:			REF DOLOR DE ABDOMEN Y GARAGANTA		
Frecuencia Cardíaca:	88 [x]		Funcionario Que Atiende		
Frecuencia Respiratoria:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matró(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Saturometría:	100 [%]		Tipo de Consulta : INFANTIL		
Latidos Cardíaco - Fetales:			Atención Manifestación Social: NO		
Hemoglucotest:			Tipo de Paciente: NO APLICA		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Origen de la Procedencia		
Dolor, EVA:			DOMICILIO		
Distresado:	NO	SI - NO	Otros Datos		
			* NINGUNO		

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho	
DIA	MES	AÑO									
Hora aproximada 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 N° 16048754)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA		C4
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención
AM: NIEGA. RAM: NO PNI - CONTROL AL DIA PESO 25 KILOS PACIENTE ES TRAIDA POR SU MADRE QUIEN REFIERE DESDE HOY DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO SIN NAUSEAS SIN VOMITOS , NIEGA FIEBRE , PRESENTA ODINOFAGIA ESCASAS , CONGESTION NASAL AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ACTIVA REACTIVA A ESTIMULOS EXTERNOS , AFEBRIL, HIDRATADA, EUPNEICO SIN ASPECTO SEPTICO . MUCOSAS HIDRATADAS Y BIEN PERFUNDIDAS , SIN CIANOSIS FARINGE ERITEMATOSA, SIN EXUDADO .CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES CP: RR2T S/S MP (+) SRA , EUPNEICO, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA. ABD: RHA (+), ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE MOLESTIAS EN MESOGASTRIO , NO PALPO MASAS NI MEGALIAS, SIP (-). SIGNOS MENINGEOS (-).		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente
VIADIL 12 GOTAS VO STAT		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención
REPOSO RELATIVO. MANTENER HIDRATACION REGIMEN LIVIANO TODO COCIDO EVITAR ENSALADAS CRUDAS EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA Y SOBREABRIGO. ASEO NASAL CON FISIOIMP C/8HRS O SEGUN NECESIDAD. IBUPROFENO 200MG / 5 ML DAR 6 ML CADA 8 HRS POR 3 DIAS LORATADINA 10 MG 1/2 COMP DIA POR 5 DIAS PARACETAMOL 500MG 3/4 COMP CADA 8 HRS SOS DOLOR O FIEBRE VIADIL 5 MG/ ML DAR 12 GOTAS CADA 8 HRS POR 2 DIAS (COMPRAR EN FARMACIA) SE EXPLICAN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, ACUDIR URGENCIAS SOS.		C4
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16048754)		
MICHELLE DAZA ROMAY MEDICO APS 25692808-1		

Reposo en casa por 3 dias

Dra. Michelle Daza R.
Médico Cirujano
R.D.T.: 25.682.808-1