



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 16048754

10/10

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 DECLARADO: NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																									
COMUNA: TEMUCO EDAD: 6 años 8 meses 16 dias (08/01/2019) SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - B																																							
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>24/09/2025 18:43</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.6 [°C]</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>88 ['X]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>100 [%]</td><td></td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>			Hora :	24/09/2025 18:43		Temperatura Axilar:	36.6 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	88 ['X]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	100 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	24/09/2025 18:43																																								
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]																																								
Temperatura Rectal:																																									
Presión Sistólica:																																									
Presión Diastólica:																																									
Frecuencia Cardiaca:	88 ['X]																																								
Frecuencia Respiratoria:																																									
Saturometría:	100 [%]																																								
Latidos Cardio - Fetales:																																									
Hemoglucotest:																																									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																							
Dolor, EVA:																																									
Distresado:	NO	SI - NO																																							
<b>Motivo de Consulta</b> REF DOLOR DE ABDOMEN Y GARAGANTA																																									
<b>Observaciones Categorización</b> REF DOLOR DE ABDOMEN Y GARAGANTA																																									
<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		<b>Tipo de Consulta</b> : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																							
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																									
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																									
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </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> <td> <b>Hora aproximada del hecho</b>  :  </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				<b>Hora aproximada del hecho</b> : 																										
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				<b>Hora aproximada del hecho</b> : 																																
DIA	MES	AÑO																																							
<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 Nº 16048754)</b> <b>J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA</b>			<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4																																						
<b>Anamnesis e historia clínica</b> AM: NIEGA. RAM: NO PNI - CONTROL AL DIA PESO 25 KILOS			<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																						
PACIENTE ES TRAIADA POR SU MADRE QUIEN REFIERE DESDE HOY DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO SIN NAUSEAS SIN VOMITOS , NIEGA FIEBRE , PRESENTA ODINOFAGIA ESCASA TOS , CONGESTION NASAL  AL EXAMEN FÍSICO 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, DEPRESSIBLE MOLESTIAS EN MESOGASTRO , NO PALPO MASAS NI MEGALIAS, SIP (-). SIGNOS MENINGEOS (-).			<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.																																						
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> VIADIL 12 GOTAS VO STAT			<b>Categorización Cierre Atención</b> C4																																						
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO RELATIVO. MANTENER HIDRATACION REGIMEN LIVIANO TODO COCIDO EVITAR ENSALADAS CRUDAS EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA Y SOBREABRIGO. ASEO NASAL CON FISIOLIMP 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.			Dra Michelle Daza R. Médico Cirujano R. R.U.T: 25.682.808																																						
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16048754)</b> 			<b>Llame a SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.</b> 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.																																						