



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12639736

ADMISSION: 04/11/2022 17:06	INICIO DE ATENCION: 04/11/2022 19:47	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: JOSEFA ANTONIA CRISTINA MARTINEZ SALAZAR	RUT: 24650115 - 7	TELEFONO: 53530648 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE BASCU?AN SANTA MARIA 0641 S/N	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 8 años 4 meses 20 días (15/06/2014)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A

## SIGNOS VITALES

Hora :	04/11/2022 17:16	
Temperatura Axilar:	36 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	102 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturimetría:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

## Motivo de Consulta

ODINOFAGIA, TOS 3 DIAS

## Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico  
☐ Odontólogo  
☐ Matron(a)  
☐ Enfermero(a)  
☐ Técnico Paramédico  
☐ 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

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"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro	<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> <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"> <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**

☐ Paciente sin lesiones  
☐ Leve (0 - 14 días)  
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)  
☐ Grave (30 días o más)  
☐ Se requieren exámenes complementarios

## Diagnóstico (DAU N° 12639736)

**J304** : RINITIS ALERGICA  
**J00X** : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

## Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

## Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo  
☐ Fallecido

## Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
 Con indicación de tratamiento en su estab.

## Categorización Cierre Atención

C5

## Anamnesis e historia clínica

RAM (-) APP (RINITIS ALERGICA/ HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA)  
 DESDE HACE 3 DIAS PRESENTA EXACERBACION DE PRESENTA CORIZA SEROSA Y TOS IRRITATIVA A PREDOMINIO NOCTURNO, DURANTE EL SUEÑO O MIENTRAS ESTA EN DECUBITO SUPINO, CEFALEA Y ALGIA TORÁCICA CON LOS GOLPES DE TOS, NIEGA FIEBRE, DISNEA, ANOSMIA, AGEUSIA, CONTACTO ESTRECHO CON PCES COVID (+) U OTROS SIGNOS/ SÍNTOMAS DE ALARMA/ INTERÉS.  
 AL EX, BCG, AFEBRIL, HIDRATACIÓN ADECUADA, BUENA PERFUSIÓN, RESPIRACIÓN EUPNEICA, ORF CONGESTIVA, ADENOPATÍAS CERVICALES (-), TONSILAS PALATINAS HIPERTROFICAS, ERITEMATOSAS, MP (+)(+), EXPANSIBILIDAD TORÁCICA CONSERVADA, RETRACCIÓN IC (-), RONCUS (-),SIBILANCIAS (-), CRÉPITOS (-), GW 15, CLOTE, PIRL, NO SIGNOS MENÍNGEOS, NO DEFECTO MOTOR

## Procedimientos e indicaciones en box

## Indicaciones al alta

EDUCACIÓN AL PACIENTE EN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA  
 ALIMENTACIÓN LIVIANA/ FRACCIONADA/ SIN IRRITANTES  
 INGERIR ABUNDANTES LÍQUIDOS  
 VENTILACIÓN DE ESPACIOS CONSTANTE Y FRECUENTEMENTE  
 LAVADO DE MANOS FRECUENTE  
 PREVENIR / EVITAR EL CONTAGIO DE INFECCIONES  
 NO COMPARTIR UTENSILIOS COMO PLATOS, CEPILLOS, VASOS, ETC.  
 PARACETAMOL 500 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS SOS SI Tª ≥ 37.8°C, MÁXIMO CADA 6 HORAS  
 IBUPROFENO 400 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS SOS (2º LÍNEA)  
 CLORFENAMINA 4 MG 1/2 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS  
 PREDNISONA 20 MG X DÍA X 3 DÍAS  
 IMPORTANTE: DE PRESENTAR SIGNOS/SINTOMATOLOGÍA DE ALARMA LLAMAR A SALUD RESPONDE: 600-360-7777 PARA MEJOR  
 ORIENTACIÓN O ACUDIR A SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO EN CASO DE SIGNOS/SÍNTOMAS DE ALARMA  
 ACUDIR A POLICLINICO SI REQUIERE MEJOR EVALUACIÓN Y MANEJO

\*\*\* REPOSO EN CASA DESDE EL 03 AL 07 DE NOVIEMBRE \*\*\*

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12639736)

PEDRO BUSTAMANTE TORRES  
 MEDICO APS  
 15986843-5

Jr. Pedro Bustamante 7

Médico Cirujano

15.986.843-5

RCM 44624 X - RMN 259086



SE DESPACHAN  
 1 BORSON 20 NO

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.