



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15946425

14° B

ADMISION: 26/08/2025 17:16		INICIO DE ATENCION: 26/08/2025 20:54		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: ANTONIA IGNACIA ARZOLA GAJARDO	RUT: 22632201 - 9	TELEFONO: 74685423 (CELULAR)									
DIRECCION: CAMINO HUICHAHUE KM 8 P L C	PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):									
COMUNA: PADRE LAS CASAS	DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A									
EDAD: 17 años 6 meses 25 días (01/02/2008)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)										
SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta								
Hora: 26/08/2025 17:28			FLUJO NO RESPIRATORIO								
Temperatura Axilar:			Observaciones Categorización								
Temperatura Rectal:			DOLOR DE GARGANTA Y ENCIAS MAREOS CEFALEA								
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende								
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico								
Frecuencia Cardíaca: 110 [x]			<input type="checkbox"/> Odontólogo								
Frecuencia Respiratoria:			<input type="checkbox"/> Matrn(a)								
Saturometría: 96 [%]			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)								
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico								
Hemoglucotest:			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo								
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I		Tipo de Consulta : ADULTO								
Dolor, EVA: 4 [x]			Atención Manifestación Social: NO								
Distresado: NO	SI - 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							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<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									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
:											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<input type="checkbox"/> Agresión sexual				Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral							
<input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones							
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio				<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)							
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto				<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)							
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción				<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)							
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami				<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios							
Diagnóstico (DAU N° 15946425)											
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C4											
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											
C4											
Procedimientos e indicaciones en box											
CSV											
Indicaciones al alta											
HIDRATACION ABUNDANTE											
DICLOFENACO 50 MG CADA 8 H VO X 5 DIAS											
PARACETAMOL 1 GR CADA 8 H VO X 5 DIAS											
REPOSO EN CASA , DURANTE LA SEMANA.											
CONTROL SOS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15946425)											
CRISTIAN MARCELO PEÑA QUINTANA											
MEDICO APS											
17153992-8											

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.