



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15824218

ADMISSION: 23/07/2025 12:22		INICIO DE ATENCION: 23/07/2025 12:48		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: FERNANDA ANTONIA ALBORNOZ LAGOS		RUT: 22484207 - 4	TELEFONO: 44398904 (CELULAR)		
DIRECCION: SAN MARTIN 582		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TOLTEN		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - B		
EDAD: 17 años 11 meses 18 días (05/08/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	23/07/2025 12:24		TOS, ODINOFAGIA		
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	100 [mmHg]		Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:	82 [mmHg]				
Frecuencia Cardíaca:	113 [x]		<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		
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	100 [%]		Tipo de Consulta : ADULTO		
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:			Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I			
Dolor, EVA:			Origen de la Procedencia DOMICILIO		
Distresado:	SI - 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"/> Agresión sexual <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%"><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%"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1" style="width:100%"><tr><td> </td></tr></table>	
DIA	MES	AÑO										
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° 15824218) J030 : AMIGDALITIS ESTREPTOCOCCICA	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4
Anamnesis e historia clínica AM NO ALERGIAS NO 4 DIAS TOS SECA ODINOFAGIA FIEBRE EF AFEBRIL TAQUICARDICA NORMOTENSA SAT 100% FARINGE CONEUGSTRIVA AMIGDALA IZQ CON PASCAS DE PUS, UVULA CENTRAL SIN TRISMUS ADENOAPTIA IZQ MP+SRA RR2T S/S	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 Sin Hospitalización: Información. Categorización Cierre Atención C4
Procedimientos e indicaciones en box DICLOFENAO + PCN BENZATINA 1.2 M Procedimientos INYECCION INTRAMUSCULAR	
Indicaciones al alta HIDRATACION REGIMEN BLANDO LIQUIDOS ABUNDANTE CONTROL DE T° CADA 8 HORAS PARACETAMOL 2 COMP CADA 8 HORAS IBUPROFENO 1 COMP CADA 8 HORAS REPOSO EN CASA 3 DIAS CONSULTA SOS	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15824218) CATHERINE PAMELA SAGREDO TORRES MEDICO APS 18485334-5	

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.

1013



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15817973

ADMISION: 21/07/2025 16:04		INICIO DE ATENCION: 21/07/2025 16:34		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: FERNANDA ANTONIA ALBORNOZ LAGOS		RUT : 22484207 - 4		TELEFONO: 44398904 (CELULAR)							
DIRECCION: SAN MARTIN 582		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: TOLTEN		DECLARADO:		RURAL):							
EDAD: 17 años 11 meses 16 días (05/08/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - B							
SIGNOS VITALES											
Hora :		21/07/2025 16:05									
Temperatura Axilar:		36.2 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:		119 [mmHg]									
Presión Diastólica:		94 [mmHg]									
Frecuencia Cardíaca:		122 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		99 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucoest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		A - V - D - I		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		SI - NO		SI - NO							
Motivo de Consulta				FIEBRE. ODINOFAGIA							
Observaciones Categorización				FIEBRE. ODINOFAGIA							
Funcionario Que Atiende				Tipo de Consulta : ADULTO							
<input checked="" type="checkbox"/> Médico				Atención Manifestación Social: NO							
<input type="checkbox"/> Odontólogo				Tipo de Paciente: NO APLICA							
<input type="checkbox"/> Matrón(a)											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
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>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td></td><td>:</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											
<input type="checkbox"/> Otro											
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio											
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto											
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción											
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami											
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° 15817973)											
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)											
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 Sin											
Hospitalización: Información.											
Categorización Cierre Atención											
C4											
Procedimientos e indicaciones en box											
Indicaciones al alta											
REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS											
HIDRATACION ABUNDANTE											
CONTROLAR TEMPERATURA											
PARACETAMOL 1G C/8H POR 5 DIAS											
IBUPROFENO 400 MG C/8H POR 3 DIAS											
CONSULTAR SOS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15817973)											
MARCELA ANDREA RAMONA GONZÁLEZ FLORES											
MEDICO APS											
19764277-7											

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.