



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: VILCUN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 16169861

T-0B

ADMISION: 29/10/2025 11:57		INICIO DE ATENCION: 29/10/2025 14:23		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: AMELIA HAYLEN FUENTES MILLS	RUT: 23141078 - 3	TELEFONO: 83003145 (CELULAR)			
DIRECCION: CALLE RIO CODINHUE 783 S/N	PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):			
COMUNA: VILCUN	DECLARADO:	PREVISION: FONASA - D			
EDAD: 16 años 0 meses 23 días (06/10/2009)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)				

SIGNOS VITALES		Motivo de Consulta
Hora:	29/10/2025 11:58	REFIERE CONGESTION NASAL. TOS. AL TOSER DOLOR DE ESPALDA. OTALGIA.
Temperatura Axilar:	36 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	136 [mmHg]	
Presión Diastólica:	72 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	115 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Observaciones Categorización	
REFIERE CONGESTION NASAL. TOS. AL TOSER DOLOR DE ESPALDA. OTALGIA.	

Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : ADULTO
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
<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	Hora 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				<table border="1"><tr><td>:</td></tr></table>	:
DIA	MES	AÑO								
:										
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante									
<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"/> 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										

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° 16169861)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO	C5

Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM: CIV MED:- ALERGIAS:- ACUDE POR CONGESTION NASA, TOS, OTALGIA AL EF CLOTE HIDRATADO SIN ASPECTO SEPTICO CARDIOPULMONAR RR2T SS MP (+) SRA AMÍGDALAS ERITEMATOSAS SIN PUS	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido

Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente
	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización:

Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención
REPOSO EN DOMICILIO POR 4 DÍAS (DESDE MARTES 28/10) ABUNDANTE LÍQUIDO ASEO NASAL FRECUENTE IBUPROFENO 400MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DÍAS ACUDIR A URGENCIAS SI PRESENTA SÍNTOMAS DE ALARMA.	C5

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16169861)
ALEX LEONARDO SABATTIN VALLEJOS MEDICO APS 18336061-2

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.