



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: **SUR QUEPE**

NUMERO DE ATENCION: 15870447

ADMISION: 05/08/2025 19:51		INICIO DE ATENCION: 05/08/2025 20:47		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																														
NOMBRE: CONSTANZA ANAIS MARIN CORTEZ		RUT : 24696451 - 3		TELEFONO: 68314132 (CELULAR)																																														
DIRECCION: CALLE 21 DE MAYO Nº 12, QUEPE		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																														
COMUNA: FREIRE		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - A																																														
EDAD: 11 años 0 meses 10 dias (26/07/2014)																																																		
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>05/08/2025 19:59</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.4 [°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>111 [x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>99 [%]</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> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>SI - NO</td> <td>SI - NO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Hora :	05/08/2025 19:59		Temperatura Axilar:	36.4 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	111 [x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	99 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			Dolor, EVA:					Distresado:	SI - NO	SI - NO		
Hora :	05/08/2025 19:59																																																	
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]																																																	
Temperatura Rectal:																																																		
Presión Sistólica:																																																		
Presión Diastólica:																																																		
Frecuencia Cardiaca:	111 [x]																																																	
Frecuencia Respiratoria:																																																		
Saturometría:	99 [%]																																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																																		
Hemoglucotest:																																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																																
Dolor, EVA:																																																		
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																																
Motivo de Consulta MADRE REFIERE TOS CON FLEMA DOLOR DE OÍDOS (AMBOS)																																																		
Observaciones Categorización MADRE REFIERE TOS CON FLEMA DOLOR DE OÍDOS (AMBOS) Y FIEBRE HACE 3 DIAS																																																		
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td colspan="4">Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td colspan="4">Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td colspan="4">Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL				<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO				<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA				<input type="checkbox"/> Enfermero(a)					<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico					<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																			
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																																	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																																	
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																																	
<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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Naturaleza del Hecho</td> <td colspan="2">Elemento Causante</td> <td colspan="2">Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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"/> Rifa <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 </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td colspan="2"> <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Hora aproximada del hecho : : </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"/> Rifa <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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> Hora aproximada del hecho : :		DIA	MES	AÑO																														
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"/> Rifa <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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> Hora aproximada del hecho : :		DIA	MES	AÑO																																										
DIA	MES	AÑO																																																
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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																																								
<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 Nº 15870447) J00X : RESFRIOS COMUN																																																		
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5																																																		
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																																		
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.																																																		
Categorización Cierre Atención C5																																																		
Procedimientos e indicaciones en box																																																		
Indicaciones al alta <p>ABTES LIQUIDOS PCT 500 MG CADA HORAS IBUPROFENO 400MG E 1 CADA 12 HORAS CLOFENAMINA 4MG CADA 12 HORAS X 3 DIAS CONTROL SOS ANTE EMPEORAMIENTO DE LOS SINTOMAS ACUDIR A URGENCIA SOS</p>																																																		
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15870447) <p>Nuvia Figueredo Zayas Médico Cirujano 25/01/2025</p>																																																		
NUVIA FIGUEREDO ZAYAS MEDICO APS 25631345-6																																																		

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.

~~Medico Cirujano
25-21.345-15~~