



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR QUEPE

NUMERO DE ATENCION: 15870447

309

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------|
| ADMISSION: 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 N° 12, QUEPE | | PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | |
| COMUNA: FREIRE | | DECLARADO: | | PREVISION: | |
| EDAD: 11 años 0 meses 10 días (26/07/2014) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA) | | FONASA - A | |

| | | | | | |
|------------------------------|------------------|---------------|---|--|--|
| SIGNOS VITALES | | | Motivo de Consulta | | |
| Hora : | 05/08/2025 19:59 | | MADRE REFIERE TOS CON FLEMA DOLOR DE OIDOS (AMBOS) | | |
| Temperatura Axilar: | 36.4 [°C] | | Observaciones Categorización MADRE REFIERE TOS CON FLEMA DOLOR DE OIDOS (AMBOS) Y FIEBRE HACE 3 DIAS | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | |
| Frecuencia Cardíaca: | 111 [x] | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matron(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo | | |
| Saturometría: | 99 [%] | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I | | | |
| Dolor, EVA: | | | Tipo de Consulta : INFANTIL | | |
| Distresado: | SI - NO | SI - NO | 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"/> 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%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | DÍA | MES | AÑO | | | | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | |
| DÍA | 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° 15870447) | | Resultado aplicación protocolo selector de demanda |
| 300X : RESFRIO COMUN | | C5 |
| Anamnesis e historia clínica | | Condición del paciente al cierre de atención |
| *ANT MÓRBIDOS: NIEGA *ANT QX: NIEGA *RAM: NIEGA *CONSULTA POR PRESENTAR UN CUADRO DE TOS FIEBRE DE 39 GRADO , SECRESION VERDOSA EX FÍSICO: BCG, HIDRATADA, AFEBRIL AL TACTO, EUPNEICA ORL: SIN ALTERACIONES CP: MP+ SIN AGREGADOS // RR2TNS ABD: RHA+ BLANDO DEPRESIBLE INDOLORO SIN MEGALIAS EEII: SIMÉTRICAS SIN EDEMA NEURO: INDEMNE OIDO CAE NORMAL | | <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido |
| Procedimientos e indicaciones en box | | Destino Inmediato del Paciente |
| | | Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información. |
| Indicaciones al alta | | Categorización Cierre Atención |
| ABTES LIQUIDOS PCT 500 MG CADA 8 HORAS IBUPROFENO 400MG 1 CADA 12 HORAS CLORFENAMINA 4MG CADA 12 HORAS X 3 DIAS CONTROL SOS ANTE EMPEORAMIENTO DE LOS SINTOMAS ACUDIR A URGENCIA SOS | | C5 |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15870447) | | |
| 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.

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.