

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 16138985

ke

|   |  |                                      |                  |                               |                    |
|---|--|--------------------------------------|------------------|-------------------------------|--------------------|
| FECHA: 20/10/2025 17:38                               |  | INICIO DE ATENCION: 20/10/2025 18:45 |                  | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS |                    |
| <b>TRINIDAD ISIDORA RODRIGUEZ REYES</b>               |  | RUT :                                | 27080940 - 5     | TELEFONO:                     | 75408517 (CELULAR) |
| DIRECCION: CALLE LA BARRA N° 1971, SAN ANTONIO TEMUCO |  | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:         | NINGUNO          | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |                    |
| EDAD: 5 años 11 meses 8 días (12/11/2019)             |  | SEXO (GÉNERO):                       | MUJER (FEMENINA) | PREVISION:                    | FONASA - D         |

  

|                              |                  |               |   |  |  |
|------------------------------|------------------|---------------|---|--|--|
| <b>SIGNOS VITALES</b>        |                  |               | <b>Motivo de Consulta</b>   |  |  |
| Fecha:                       | 20/10/2025 18:01 |               | EMPESO CON FIEBRE ANOCHE 38.9 TIENE PROBLEMA EN LAS AMIGDALAS   |  |  |
| Temperatura Axilar:          | 37.1 [°C]        |               | <b>Observaciones Categorización</b>   |  |  |
| Temperatura Rectal:          |                  |               | EMPESO CON FIEBRE ANOCHE 38.9 TIENE PROBLEMA EN LAS AMIGDALAS   |  |  |
| Presión Sistólica:           |                  |               | <b>Funcionario Que Atiende</b>  |  |  |
| Presión Diastólica:          |                  |               | <input checked="" type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Odontólogo<br><input type="checkbox"/> Matron(a)<br><input type="checkbox"/> Enfermero(a)<br><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico<br><input type="checkbox"/> Kinesiólogo |  |  |
| Frecuencia Cardíaca:         | 103 [x]          |               | Tipo de Consulta : INFANTIL   |  |  |
| Frecuencia Respiratoria:     |                  |               | Atención Manifestación Social: NO<br>Tipo de Paciente: NO APLICA  |  |  |
| Saturometría:                | 97 [%]           |               | <b>Origen de la Procedencia</b>   |  |  |
| Latidos Cardio - Fetales:    |                  |               | DOMICILIO   |  |  |
| Hemoglucotest:               |                  |               | <b>Otros Datos</b>  |  |  |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA           | A - V - D - I | * NINGUNO   |  |  |
| Dolor, EVA:                  |                  |               |   |  |  |
| Distresado:                  | SI - NO          | SI - NO       |   |  |  |

  

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

| <b>Naturaleza del Hecho</b>   | <b>Elemento Causante</b>  | <b>Fecha Aproximada del Hecho</b>  | <b>Hora aproximada del hecho</b> |     |     |  |  |  |  |                           |  |
|---|---|--|----------------------------------|-----|-----|--|--|--|--|---------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito<br><input type="checkbox"/> Accidente laboral<br><input type="checkbox"/> Accidente escolar<br><input type="checkbox"/> Accidente doméstico<br><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública<br><input type="checkbox"/> Agresión<br><input type="checkbox"/> Riña<br><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar<br><input type="checkbox"/> Mordedura de perro | <input type="checkbox"/> Contundente<br><input type="checkbox"/> Cortante<br><input type="checkbox"/> Punzante<br><input type="checkbox"/> Corto-punzante<br><input type="checkbox"/> Arma de Fuego<br><input type="checkbox"/> Explosión<br><input type="checkbox"/> Calor<br><input type="checkbox"/> Frío<br><input type="checkbox"/> Otro | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table> | Hora aproximada del hecho |  |
| DIA   | MES   | AÑO  |                                  |     |     |  |  |  |  |                           |  |
|   |   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |                           |  |
| Hora aproximada del hecho   |   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |                           |  |
|   |   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |                           |  |

  

**Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral**

☐ Paciente sin lesiones  
☐ Leve (0 - 14 días)  
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)  
☐ Grave (30 días o más)  
☐ Se requieren exámenes complementarios

  

**Diagnóstico (DAU N° 16138985)**

DAU : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

  

**Anamnesis e historia clínica**

AM(-)  
ALERGIAS(-)

PACIENTE TRAÍDO POR PADRE, POR PRESENTAR CUADRO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN, DE TOS CON EXPECTORACIÓN, SENSACION FEBRIL CUANTIFICADA, 38.9°C ODINOFAGIA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, NI SIGNOS DE ALARMA SIN MAS SINTOMAS ASOCIADOS.

AL EXAMEN FISICO LUCE EN BCG. MUCOSAS HUMEDAS. BIEN PERFUNDIDA. SIN ASPECTO TOXICO. CLOTE. G15. OIDOS SIMETRICOS CAE PERMIABLE MEMBRANA SIN ALTERACIONES FARINGE NO CONGESTIVA. SIN LESIONES, HIPERTROFIA DE AMIGDALAS SIN EXUDADO NI PLACAS. TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE. MP+, SRA. SIN USO MUSC. ACCESORIA. RR2T SS. RESTO DEL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES APARENTES.

  

**Procedimientos e indicaciones en box**

  

**Indicaciones al alta**

REPOSO POR 5 DIAS  
LÍQUIDOS ABUNDANTES  
ASEO NASAL FRECUENTE CON FISIOLIMP 3V/DIA AYUDAR CON PERA NASAL  
CONTROL DE TEMPERATURA  
PARACETAMOL GOTAS 100MG/ML: 50 GOTAS C/8HR SOS FIEBRE MAYOR O IGUAL A 37,8°C  
PARACETAMOL 200MG/5ML: 4 CC C/8 HORAS, SOS FIEBRE QUE NO CALMA CON PARACETAMOL  
CONTROL EN SU CONSULTORIO SI PERSISTEN SÍNTOMAS  
VACIAS SOS

  

**Firma y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16138985)**

MARIELETHS SOTO FRANCO  
MEDICO APS  
2/104227-2

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 provisional, 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.