



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR HUALPIN

NUMERO DE ATENCION: 16040650

ADMISSION: 22/09/2025 18:56 INICIO DE ATENCION: 22/09/2025 19:06 MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS

NOMBRE: BELEN JASMIN MODINGER MELITA RUT: 22707107 - 9 TELEFONO: 79189742 (CELULAR)

DIRECCION: CALLE COLON Nº 645, HUALPIN PUEBLO ORIGINARIO NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / COMUNA: TEODORO SCHMIDT DECLARADO: RURAL): PREVISION: FONASA - A

EDAD: 17 años 4 meses 26 días (27/04/2008) SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)

**SIGNOS VITALES**

Fecha:	22/09/2025 18:57
Temperatura Axilar:	
Temperatura Rectal:	
Presión Sistólica:	103 [mmHg]
Presión Diastólica:	84 [mmHg]
Frecuencia Cardíaca:	91 [x]
Frecuencia Respiratoria:	
Saturometría:	98 [%]
Latidos Cardio - Fetales:	
Hemoglucotest:	
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I A - V - D - I
Dolor, EVA:	
Distresado:	SI - NO SI - NO

**Motivo de Consulta**  
TOS CONGESTIÓN FIEBRE

**Observaciones Categorización**  
TOS CONGESTIÓN DOLOR DE OIDO

**Funcionario Que Atiende**  
☒ Médico  
☐ Odontólogo  
☐ Matrón(a)  
☐ Enfermero(a)  
☒ Técnico Paramédico  
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta: ADULTO

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**

<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"/> 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	<b>Elemento Causante</b> <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	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b> <table><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DÍA	MES	AÑO				<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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
DÍA	MES	AÑO							

## Diagnóstico (DAU Nº 16040650)

J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

## Resultado aplicación protocolo selector de demanda

CS

## Condición del paciente al cierre de atención

☒ Vivo  
☐ Fallecido

## Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
Con indicación de tratamiento en su estab.  
Destino:  
Fecha de Indicación Sin  
Hospitalización: Información.

## Categorización Cierre Atención

CS

## Procedimientos e indicaciones en box

CSV  
TTO IM

## Medicamentos administrados en Box

1 - UNIDAD - DICLOFENACO 75 MG/3ML SOL. IM AM [AMPOLLA] - (INTRAMUSCULAR)  
1 - UNIDAD - CLORFENAMINA 10 MG/ML INYECTABLE [AMPOLLA] - (INTRAMUSCULAR)  
1 - UNIDAD - BETAMETASONA FOSFATO DISODICO 4 MG/1ML AM [AMPOLLA] - (INTRAMUSCULAR)

## Indicaciones al alta

REPOSO RELATIVO POR 3 DÍAS  
DIETA BALANCEADA  
HIDRATACION A TOLERANCIA  
LAVADO DE MANOS FRECUENTE  
EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A URGENCIAS  
CONTROL Y SEGUIMIENTO POR CESFAM

## SE DEJA TRATAMIENTO MEDICO

1.- LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO (51143002-140-3-24) 5 1 UNIDAD CADA 24 HORAS POR 5 DÍAS VIA ORAL SEGÚN INDICACIÓN SOLICITADO SIN INFORMACIÓN  
2.- PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO (51143222-28-547-956) 9 1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS VIA ORAL SEGÚN INDICACIÓN SOLICITADO SIN INFORMACIÓN  
3.- IBUPROFENO 400 MG COMPRIMIDO (51142832-474-3-24) 9 1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS VIA ORAL

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16040650)

ERIC LINCOPI HUAQUILAF  
TECNICO PARAMEDICO  
14217202-KLISKEY TORRES AGUILAR  
MEDICO APS  
26136518-6

LLEVE 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.