

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15845320

SA

ADMISION: 29/07/2025 17:19	INICIO DE ATENCION: 29/07/2025 19:10	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: JOSEFA ANTONIA CRISTINA MARTINEZ SALAZAR	RUT : 24650115 - 7	TELEFONO: 53530648 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE ORELLA N° 0689, PUEBLO NUEVO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO	SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - A		
EDAD: 11 años 1 meses 14 dias (15/06/2014)				

SIGNOS VITALES

Hora :	29/07/2025 17:20	
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:	89 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

MADRE REFIERE RESFRIO Y FIEBRE DESDE HACE 3 DIAS

Observaciones Categorización

MADRE REFIERE RESFRIO Y FIEBRE DESDE HACE 3 DIAS

Funcionario Que Atiende

- Médico
 Odontólogo
 Matrón(a)
 Enfermero(a)
 Técnico Paramédico
 Kinesiólogo

Tipo de Consulta : INFANTIL

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						
<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"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Hora aproximada del hecho : :</p>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <p> <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 </p>								

Diagnóstico (DAU N° 15845320)

J351 : HIPERTROFIA AMIGDALIANA
J209 : (En estudio) BRONQUITIS AGUDA

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

RECEITA DESPACHADA

Indicaciones al alta

- 1-AMOXICILINA 500 MG CAPSULA 21
1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 7 DIAS VIA ORAL, OBSERVACIÓN: SEGÚN INDICACIÓN
2-CLORFENAMINA 4 MG COMPRIMIDO 3
1 UNIDAD CADA 24 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL, OBSERVACIÓN: 0-0-1
3-SALBUTAMOL 100 MCG/DOSIS INHALADOR 1
2 PUFFS CADA 8 HORAS POR 7 DIAS VIA INHALATORIA, OBSERVACIÓN: SEGÚN INDICACIÓN
4-AEROCAMARA NEONATAL BIVALVULADA UNIDAD 1
1 UNIDAD CADA 1 DIA POR 1 DIA VIA SEGUN LO INDICADO, OBSERVACIÓN: SEGÚN INDICACIÓN
5-IBUPROFENO 400 MG COMPRIMIDO 9
1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL, OBSERVACIÓN: SEGÚN INDICACIÓN
6-PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO 9
1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL, OBSERVACIÓN: SEGÚN INDICACIÓN

CONTROL EN POLI
URGENCIA SOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15845320)

DAWINS CHOUL CHOUL
MEDICO APS
26656951-3