

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15845320

SPA

ADMISSION: 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 TEMUCO

PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO

PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):

EDAD: 11 años 1 meses 14 días (15/06/2014)

SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)

PREVISION: FONASA - A

SIGNOS VITALES

Hora:	29/07/2025 17:20	
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	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

- ☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ Agresión sexual
☐ Otro
☐ Accidente Incendio
☐ Accidente Terremoto
☐ Accidente Erupción
☐ Accidente Tsunami

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha 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° 15845320)

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

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

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

C5

Anamnesis e historia clínica

MADRE CONSULTA CON PACIENTE POR PRESENTAR TOS, ODINOFAGIA, APNEA DEL SUEÑO DEBIDO A HIPERTROFIA DE AMÍGDALAS, NIEGA OTROS SÍNTOMAS.

RAM; NO
 ANT; HIPERTROFIA AMIGDALIANA

AMIGDALAS HIPERTROFICAS
 MP PRESENTE, LEVE SIBILANCIAS APICAL DERECHA.

Procedimientos e indicaciones en box

1 SEMANA DE REPOSO.

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

RECETA DESPACHADA

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

DAWINS CHOUL CHOUL
 MEDICO APS
 26656951-3