



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR QUEPE

NUMERO DE ATENCION: 16202741

3B

ADMISION: 07/11/2025 19:30		INICIO DE ATENCION: 07/11/2025 20:30		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: CONSTANZA ANAIS MARIN CORTEZ		RUT : 24696451 - 3		TELEFONO: 83225345 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE 21 DE MAYO N° 12, QUEPE		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: FREIRE		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - A		
SIGNS VITALES						
Hora :	07/11/2025 19:30					
Temperatura Axilar:	36 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardiaca:	71 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	100 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	SI - NO	SI - NO				
Motivo de Consulta MADRE REFIERE TOS SECA Y CONGESTION NASAL Y DOLOR DE OIDOS						
Observaciones Categorización MADRE REFIERE TOS SECA Y CONGESTION NASAL Y DOLOR DE OIDOS						
Funcionario Que Atiende						
<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Rifa <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	<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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho :	
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° 16202741) 3068 : (En estudio) FARINGOAMIGDALITIS						Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5
Anamnesis e historia clínica SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA EN COMPAÑIA DE MADRE QUE REFIERE PRESENTAR DESDE HACE 3 DÍAS CON TOS MALESTAR GENERAL FIEBRE DOLOR DE GARGANTA SE EVALÚA Y SE EVIDENCIA MURMULLO VESICULAR AUDIBLE SIN AGREGADOS CON FARINGE ENROJECIDA SE INDICA TRATAMIENTO MÉDICO Y EVALUACIÓN EN POLICLÍNICO						Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box AMOXICILINA 500 MG 1 CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS CANT: 21 PARACETAMOL 500 MG 1 CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS CANT: 15 LORATADINA 10 MG 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS CANTI: 10 SALBUTAMOL INHALADOR 2 PUFF CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS						Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.
Indicaciones al alta ABUNDANTE LÍQUIDO EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA ACUDIR A POLICLÍNICO SI NO PRESENTA MEJORÍA CON 3 DIAS DE TRATAMIENTO REPOSO EN CASA POR 7 DÍAS						Categorización Cierre Atención C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16202741)						
JOSE LUIS CONSUEGRA THERAN MEDICO APS 25051187-6						