

3B



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR QUEPE

NUMERO DE ATENCION: 16202741

ADMISSION: 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:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA:	FREIRE	DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - A
EDAD:	11 años 3 meses 12 días (26/07/2014)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)		
SIGNOS VITALES					
Hora :	07/11/2025 19:30			Motivo de Consulta	
Temperatura Axilar:	36 [°C]			MADRE REFIERE TOS SECA Y CONGESTION NASAL Y DOLOR DE OIDOS	
Temperatura Rectal:				Observaciones Categorización	
Presión Sistólica:				MADRE REFIERE TOS SECA Y CONGESTION NASAL Y DOLOR DE OIDOS	
Presión Diastólica:				Funcionario Que Atiende	
Frecuencia Cardíaca:	71 [x]			<input checked="" type="checkbox"/> Médico	
Frecuencia Respiratoria:				<input type="checkbox"/> Odontólogo	
Saturometría:	100 [%]			<input type="checkbox"/> Matrán(a)	
Latidos Cardio - Fetales:				<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
Hemoglucotest:				<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
Dolor, EVA:				Tipo de Consulta : INFANTIL	
Distresado:	SI - NO	SI - NO		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	Hora aproximada del hecho								
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1"><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"><tr><td></td><td>:</td></tr></table>		:
DIA	MES	AÑO									
	:										
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante										
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante										
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante										
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego	Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral									
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones									
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)									
<input type="checkbox"/> VVS		<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios									
<input type="checkbox"/> Otro											
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio											
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto											
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción											
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami											

Diagnóstico (DAU N° 16202741) J068 : (En estudio) FARINGOAMIGDALITIS	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5
Anamnesis e historia clínica SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA EN COMPAÑÍA 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 DÍAS CANTI: 10 SALBUTAMOL INHALADOR 2 PUFF CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:
Indicaciones al alta ABUNDANTE LÍQUIDO EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA ACUDIR A POLICLÍNICO SI NO PRESENTA MEJORÍA CON 3 DÍAS 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	