

JOA

ADMISION: 21/10/2025 21:19		INICIO DE ATENCION: 21/10/2025 23:41		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: MAITE SELENE VALENZUELA MUÑOZ		RUT: 23370093 - 2		TELEFONO: 35346732 (CELULAR)					
DIRECCION: CALLE LAZCANO N° 56, CHOL CHOL S/N COMUNA: CHOL CHOL EDAD: 15 años 3 meses 14 dias (07/07/2010)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A					
<b>SIGNS VITALES</b>									
Hora :	21/10/2025 21:20								
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:	111 [mmHg]								
Presión Diastólica:	70 [mmHg]								
Frecuencia Cardiaca:	102 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometria:	100 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDD):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	SI - NO	SI - NO							
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>									
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<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	<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>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
<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									
<b>Diagnóstico (DAU N° 16143971)</b>									
<b>L509 : URTICARIA</b> <b>B349 : VIROSIOS</b>				<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="checkbox"/> C4					
<b>Anamnesis e historia clínica</b>									
<p>PACIENTE ACUDE A URGENCIA EN COMPAÑIA DCE SU MAMA POR PRESENTAR DESDE AYER ODINOFAGIA, ACOMPAÑADO EL DIA DE HOY DE PRURITO EN LAS 4 EXTREMIDADES. NIEGA TOS, NO DISNEA, AFEBRIL.</p> <p>SE RECOGE EL ANTECEDENTE DE HABER TOMADO PÑARACETAMOL HOY EN HORAS DE LA MAÑANA</p> <p>EF FARINGE NORMAL AMIGDALAS SIN EXUDADOS PIEL. PRESENCIA DE RONCHAS DE TAMAÑO VARIADO EN AMBOS BRAZOS Y PIERNAS RESTO NORMAL</p>									
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>									
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO X 4 DIAS REGIMEN LIVIANO PREDNISONA ( 20 MG) 1 COMP. C/12 HRS X 5 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP. C/8 HRS X 3 DIAS IBUPROFENO 1 C/8 HRS SOS CONTROL EN URGENCIA SOS									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16143971)</b>									
ANGEL ALFREDO GARCIA PEDRAJA MEDICO APS 25234333-4									