



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15487904

IA.

ADMISION: 07/04/2025 20:19		INICIO DE ATENCION: 07/04/2025 23:12		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ANANDA TRINIDAD HUICHAQUEO RUNIAHUE		RUT :	23564355 - 3	TELEFONO:	99525361 (CELULAR)
DIRECCION: VILUMILLA 2425 DEPTO C COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 14 años 1 meses 22 dias (16/02/2011)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - C (PRAIS)
SIGNS VITALES					
Hora :	07/04/2025 20:47	07/04/2025 23:21	Motivo de Consulta FLUJO NO RESPIRATORIO (MIRAFLORES)		
Temperatura Axilar:		36.6 [°C]	Observaciones Categorización REFIERE CEFALEA, DOLOR DE PECHO		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	92 ['x]	78 ['x]	Funcionario Que Atiende		
Frecuencia Respiratoria:	18 ['x]	18 ['x]	<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL	
Saturometria:	99 [%]	99 [%]	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	
Hemoglucotest:			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Origen de la Procedencia	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	DOMICILIO	
Dolor, EVA:	2 ['x]		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	Otros Datos	
Distresado:	NO	SI - NO	* 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"/> Puntante <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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO						
DIA	MES	AÑO									
Hora aproximada del hecho											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Falso</td> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </tbody> </table>			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"/> Falso	<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)	<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios
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"/> Falso	<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)	<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios									

Diagnóstico (DAU Nº 15487904)
G439 : (En estudio) MIGRAÑA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

- Alta domicilio
Sin control
Destino:
Fecha de
Indicación
Hospitalización: Sin Información.

Categorización Cierre Atención

C4

Anamnesis e historia clínica

ANTEC. PATOLOGICOS: NIEGA
ALERGIAS A FARMACOS: NIEGA
QX.: AMIGDALECTOMIA, ADENOIDECTOMIA, COLLERA EN AMBAS MT
PNI: AL DIA

MC: ADOLESCENTE DE 14 AÑOS ES TRAIDA POR SU MADRE AL PRESENTAR CUADRO DE CEFALEA CON AURA, ASOCIADO A PALPITACIONES Y DOLOR PRECORDIAL DURANTE REPOSO. REFIERE CUADRO ANTERIOR HACE 1 SEMANA, EL CUAL ESTABA DURMIENDO Y LA DESPERTO.

EXAMEN FÍSICO:
CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLES, ADECUADA COLORACION DE PIEL Y MUCOSAS, BUEN LLENADO CAPILAR.
CARDIOPULMONAR: TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, MV AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS.
RESTO DE EXAMEN SIN ALTERACIONES

Procedimientos e indicaciones en box

ALTA EN DOMICILIO

Indicaciones al alta

- REPOSO EN DOMICILIO POR 2 DIAS
- NO CONSUMIR CHOCOLATE, CAFE O TE NEGRO, CONDIMENTOS, FRITURAS, FRUTOS SECOS, QUESOS AMARILLOS, COLORANTES O BEBIDAS ENERGETICAS
- PARACETAMOL 500MG 2 CADA 6 HORAS SOS SI DOLOR
- IBUPROFENO 400MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS SOS SI DOLOR SI NO CEDE A PARACETAMOL