



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 12141741

6-B

ADMISION: 30/05/2022 23:02	INICIO DE ATENCION: 30/05/2022 23:27	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: FLORENCIA ISIDORA RIVAS MILLANAO	RUT: 23435774 - 3	TELEFONO: 86200541 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE QUIDEL N° 1090, SANTA ROSA S/N		
EDAD: 11 años 8 meses 9 dias (21/09/2010)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A
<b>SIGNS VITALES</b> Hora : 30/05/2022 23:10 Temperatura Axilar: 38.7 [°C] Temperatura Rectal: Presión Sistólica: Presión Diastólica: Frecuencia Cardíaca: 134 [x] Frecuencia Respiratoria: 20 [x] Saturometría: 98 [%] Latidos Cardio - Fetales: Hemoglucotest: Estado de Conciencia (AVD): ALERTA A - V - D - I Dolor, EVA: Distresado: NO SI - NO		
<b>Motivo de Consulta</b> REF. ABUELA CONFIÉBRE ALTA VOMITOS DOLORES MUSCULARES LEVE DUELE TODO EL CUERPO Y TIENE TOS CEFAM METODISTA		
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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		
<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL <b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA		
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO <b>Otros Datos</b> * 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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puncante <input type="checkbox"/> Corto-puncante <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> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
<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								

Diagnóstico (DAU Nº 12141741) J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C3
---	--

Anamnesis e historia clínica ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: NO REFIERE RAM: NO REFIERE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE MAS O MENOS 1 SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENTAR MIALGIAS, ODINOFAGIA, CEFALÉA RINORREA HIALINA, FIEBRE, ABUELA REFIERE QUE TUVIERON COVID-19 EN MARZO AL EXAMEN FÍSICO EN BEG CONCIENTE LUCIDO NORMOHIDRATADO, OROFARINGE: CONGESTIVA HIPEMÉTICA. RR2TSRA PULMONES: MV+ SRA	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
--	--

Procedimientos e indicaciones en box KETOPROFENO 100MG METAMIZOL 1 AMP SF 250CC	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control
--	---

Indicaciones al alta REPOSO 4 DIAS HIDRATACION ABUNDANTE DICLOFENACO 50MG 1 COMP C/8H POR 5 DIAS PARACETAMOL 500MG 1 COMP C/8H POR 5 DIAS SI PRESENTA SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A URGENCIAS	Categorización Cierre Atención C3
--	--------------------------------------

Envio a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU Nº 12141741)			
Fecha Envío 30/05/2022 23:43	Fecha Regreso 31/05/2022 01:03	Tipo OBSERVACION	Comentario

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12141741)			
 KATHIA VALDÉS TRONCOSO MEDICO APS 18566839-8			

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.

La Hipótesis diagnóstica o diagnóstico es provisoria, pues puede sufrir alteraciones debido a la evolución de la condición del consultante, si las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.