



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 12141741

6-B

ADMISSION: 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	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	PREVISION: FONASA - A						
EDAD: 11 años 8 meses 9 días (21/09/2010)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)							
<b>SIGNOS 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 Cardíaco - Fetales:								
Hemoglucotest:								
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I						
Dolor, EVA:								
Distresado:	NO	SI - NO						
<b>Motivo de Consulta</b> REF. ABUELA CON FIEBRE ALTA VÓMITOS DOLOR MUSCULARES LEVE QUELE TODO EL CUERPO Y TIENE TOS CEFALIA METODISTA								
<b>Funcionario Que Atiende</b>								
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta: INFANTIL							
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO							
<input type="checkbox"/> Matron(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA							
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)								
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	<b>Origen de la Procedencia</b>							
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DOMICILIO							
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO								
<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"/> 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			
DIA	MES	AÑO						
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante	<table border="1"><tr><th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Hora aproximada del hecho					
Hora aproximada del hecho								
<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							
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión							
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor							
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío							
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro							
<input type="checkbox"/> Agresión sexual								
<input type="checkbox"/> Otro								
<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° 12141741)</b> 3069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA								
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C3								
<b>Anamnesis e historia clínica</b> ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: NO REFIERE RAM: NO REFIERE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE MAS O MENOS 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR MIALGIAS, ODINOFAGIA, CEFALIA RINORREA HIALINA, FIEBRE, ABUELA REFIERE QUE TUVIERON COVID-19 EN MARZO AL EXAMEN FISICO EN BEG CONCIENTE LUCIDO NORMOHIDRATADO, OROFARINGE: CONGESTIVA HIPEREMICA RR2TSRA PULMONES: MV+ SRA								
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido								
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control								
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> KETOPROFENO 100MG METAMIZOL 1 AMP SF 250CC								
<b>Categorización Cierre Atención</b> C3								
<b>Indicaciones al alta</b> 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								
<b>Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 12141741)</b>								
<b>Fecha Envío</b> 30/05/2022 23:43	<b>Fecha Regreso</b> 31/05/2022 01:03	<b>Tipo</b> OBSERVACION						
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12141741)</b> KATHIA VALDIVIESO TRONCOSO MEDICO APS 10566839-8								

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.