



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14224163

ISA

ADMISSION: 14/03/2024 17:25		INICIO DE ATENCION: 14/03/2024 20:56		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ZAFIRO Yael Merab Chavarria Fuentes		RUT: 23077338 - 6		TELEFONO: 74741413 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE MILANO 01346 POB. AMANECEER S/N		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		RURAL):	
EDAD: 14 años 7 meses 21 días (22/07/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - D	
SIGNOS VITALES					
Hora:	14/03/2024 17:56				
Temperatura Axilar:	37 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	112 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor EVA:					
Discrepado:	SI - NO	SI - NO			
Motivo de Consulta					
FIEBRE, DOLOR DE HUESOS, CONGESTION NASAL DESDE AYER					
Observaciones Categorización					
FIEBRE, DOLOR DE HUESOS, CONGESTION NASAL DESDE AYER					
Funcionario Que Atiende					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matró(a)					
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)					
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico					
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo					
Tipo de Consulta: INFANTIL					
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	
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		DIA MES AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		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"/> Frio			
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro			
<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					
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"/> Grave (30 días o más)					
<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios					
Diagnóstico (DAU N° 14224163)					
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA					
Anamnesis e historia clínica					
AM: ASMA					
RAM: NO					
REFIERE 1 DIA DE TOS SECA, CONGESTION NASAL, FIEBRE, MALESTAR GENERAL, MIALGIA					
EX FISICO:					
VOR, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HIDRATADAS, LLENE CAPILAR <2 SEG, BIEN PERFUNDIDO.					
FARINGE SIN ERITEMA, AMIGDALAS SIN PLACAS DE PUS.					
CARDIACO: RR2T SIN SOPLOS					
PULMONAR: MP (+) SRA					
Procedimientos e indicaciones en box					
Indicaciones al alta					
REPOSO EN CASA POR 5 DIAS					
NO SOBREALBRIGAR					
HIDRATACIÓN ABUNDANTE					
PARACETAMOL 500 MG, 2 COMP EN CASO DE DOLOR O FIEBRE SOBRE 38°C, MAXIMO CADA 8 HORAS					
IBUPROFENO 400 MG, 1 COMP EN CASO DE DOLOR O FIEBRE SOBRE 38°C QUE NO CEDE CON PARACETAMOL, MAXIMO CADA 8 HORAS					
LORATADINA 10 MG, 1 COMP CADA 24 HORAS POR 5 DIAS					
RECONSULTAR SOS EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HUNDIMIENTO DE PARTES BLANDAS, RESPIRACION RAPIDA, SONIDO DE PITO EN EL PECHO, TOS DE PERRO Y DISFONIA, FIEBRE QUE NO CEDE CON MEDICAMENTOS					
SI PERISTEN SINTOMAS POR MAS DE 5 DIAS SOLICITAR CONTROL CON MEDICO GENERAL EN SU CESFAM					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14224163)					
VÍCTOR RAÚL BASCUÑÁN IGOR					
MEDICO APS					
18439360-3					

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 provisional, 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.