

IV A

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA								
ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA	NUMERO DE ATENCION: 14358878							
ADMISION: 23/04/2024 22:59	INICIO DE ATENCION: 24/04/2024 00:27	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS						
NOMBRE: DÁNLLELY FERNANDA PASMIÑO REYES	RUT: 27550173 - 5	TELEFONO: Sin información						
DIRECCION: PEQUEÑA CONFESION 117	PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):						
COMUNA: TEMUCO	DECLARADO:							
EDAD: 17 años 8 meses 7 días (16/08/2006)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - C						
<b>SÍGNOS VITALES</b>								
Hora:	23/04/2024 23:22							
Temperatura Axilar:	39.3 [°C]							
Temperatura Rectal:								
Presión Sistólica:	131 [mmHg]							
Presión Diastólica:	72 [mmHg]							
Frecuencia Cardíaca:	118 ['x]							
Frecuencia Respiratoria:								
Saturometría:	99 [%]							
Lábidos Cardio - Fetales:								
Hemoglicotest:								
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I						
Dolor, EVA:								
Distresado:	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"/> Rifa <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-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <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> <p>Hora aproximada del hecho : :</p>	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								
<b>Diagnóstico (DAU Nº 14358878)</b>								
JOOX : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda C3						
<b>Anamnesis e historia clínica</b>								
PACIENTE, CONSULTA POR CORIZA, ODINOFAGIA Y FIEBRE DE 2 DIAS DE EVOLUCION . AFEBRIL HEMODINAMIA ESTABLE, SIN APREMIO RESPIRATORIO EF: FARINGE CONGESTIVA AMIGDALAS EDEMATOSAS SIN EXUDADO MP + SIN AGREGADOS								
<b>Procedimientos e Indicaciones en box</b>								
METAMIZOL 1 AMP IM CLORFENAMINA 1 AMP IM								
<b>Procedimientos</b>								
INYECCION INTRAMUSCULAR								
<b>Indicaciones al alta</b>								
REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS REGIMEN LIVIANO ABUNDANTE LIQUIDO IBUPROFENO 400MG 1 COMP C 8 HORAS POR 3 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP C 12 HORAS POR 3 NOCHES ABRILAR 5 CC C 8 HORAS POR 7 DIAS CONTROL EN POLICLINICO EN CASO DE NO MEJORIA								
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14358878)</b>								
JUAN JOSE VITANZA MENDOZA MEDICO APS 26208224-5								

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.