

198A

## 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: DÁNILLELY FERNANDA PASMIÑO REYES		RUT: 27550173 - 5		TELÉFONO: Sin información	
DIRECCIÓN: PEQUEÑA CONFESION 117		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - C	
EDAD: 17 años 8 meses 7 días (16/08/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora:	23/04/2024 23:22		REF. FEBRIL, CEFALÉA.		
Temperatura Axilar:	39.3 [°C]		<b>Observaciones Categorización</b>		
Temperatura Rectal:			REF. FEBRIL, CEFALÉA.		
Presión Sistólica:	131 [mmHg]		<b>Funcionario Que Atiende</b>		
Presión Diastólica:	72 [mmHg]		<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matron(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	118 [x]		Tipo de Consulta: ADULTO		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	99 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardíaco - Fetales:			<b>Origen de la Procedencia</b>		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	<b>Otros Datos</b>		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	NO	SI - NO			

  

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora 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"/> 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"/> Punzante <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"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>	
DÍA	MES	AÑO								

  

**Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral**

☐ Paciente sin lesiones  
☐ Leve (0 - 14 días)  
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)  
☐ Grave (30 días o más)  
☐ Se requieren exámenes complementarios

  

<b>Diagnóstico (DAU N° 14358878)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		C3
<b>Anamnesis e historia clínica</b>		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
PACIENTE, CONSULTA POR CORIZA, ODINOFAGIA Y FIEBRE DE 2 DÍAS DE EVOLUCION . AFEBRIL HEMODINAMIA ESTABLE, SIN APREMIO RESPIRATORIO EF: FARINGE CONGESTIVA AMIGDALAS EDEMATOSAS SIN EXUDADO MP + SIN AGREGADOS		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>		<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
METAMIZOL 1 AMP IM CLORFENAMINA 1 AMP IM		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
<b>Procedimientos</b>		<b>Categorización Cierre Atención</b>
INYECCION INTRAMUSCULAR		C5
<b>Indicaciones al alta</b>		
REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DÍAS REGIMEN LIVIANO ABUNDANTE LIQUIDO IBUPROFENO 400MG 1 COMP C 8 HORAS POR 3 DÍAS CLORFENAMINA 1 COMP C 12 HORAS POR 3 NOCHES ABRILAR 5 CC C 8 HORAS POR 7 DÍAS CONTROL EN POLICLINICO EN CASO DE NO MEJORIA		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 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 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.