



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14323246

5^oA

ADMISSION: 13/04/2024 21:50	INICIO DE ATENCION: 13/04/2024 23:56	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: NOEMY ANTONIA ARROYO ORTEGA	RUT : 24345050 - 0	TELEFONO: 45555897 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE DAGOBERTO CID 305 VILLA HERMOSA	PUEBLO ORIGINARIO NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
COMUNA: GORBEA	DECLARADO:	
EDAD: 10 años 8 meses 16 dias (28/07/2013)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B
SIGNS VITALES		
Hora :	13/04/2024 22:16	13/04/2024 23:55
Temperatura Axilar:	39.8 [°C]	37.7 [°C]
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diamóstica:		
Frecuencia Cardíaca:	168 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Satimetría:	97 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO
Motivo de Consulta REF: FIEBRE 38.9 , TOS Y DOLOR DE REGIÓN ZONA COSTAL.		
Observaciones Categorización REF: FIEBRE 38.9 , TOS Y DOLOR DE REGIÓN ZONA COSTAL.		
Funcionario Que Atiende <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		
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"/> 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"> <thead> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Hora aproximada del hecho :	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO						
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 Nº 14323246) JO69 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4
--	---

Anamnesis e historia clínica RAM PENICIINA A.M NO REFIERE PARA DESDE AYER CON TOS SECA, FIEBRE, ESCALOFRIO, MAREO, CEFALAEA, DOLOR COSTAL IZQUIERDO EX FÍSICO: FARINGE ERITEMA Y CONGESTIVA, AMÍGDALAS NO EXUDADAS, NO PLACAS SRA, MP +, NO SE AUSCULTAN RUIDOS AGREGADOS, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA. A LA PALPACIÓN ABDOMEN BLANDO DEPRESSIBLE NO DOLOROSO.	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box MEDIDAS FÍSICAS TEST DE ANTIGENO NEGATIVO S. FISIOLOGICO 250CC+KETOPROFENO 10MG +METAMIZOL EV PARACETAMOL 1G	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta PARACETAMOL 500 MG CADA 8 H POR 3 DÍAS DICLOFENACO 50 MG 1 CADA 8 H POR 3 DÍAS LORATADINA 1 DÍA POR 10 DÍAS CLORFENAMINA 1/2 NOCHE POR 10 NOCHES *SE EXPLICAN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA, ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTARLOS **REPOSO 06 DIAS **LÍQUIDO	Categorización Cierre Atención C4

Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU Nº 14323246)			
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario
14/04/2024 00:03	14/04/2024 01:48	OBSERVACION	MEDIDAS FÍSICAS TEST DE ANTIGENO NEGATIVO S. FISIOLOGICO 250CC+KETOPROFENO 10MG +METAMIZOL EV PARACETAMOL 1G

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14323246)	
ELENA MORALES MORALES MEDICO APS	