



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 11924705

ADMISSION: 17/03/2022 22:23		INICIO DE ATENCION: 17/03/2022 23:46		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: JOSEFA CATTALINA PALMA CARRILLO		RUT: 23812765 - 3		TELEFONO: 61378316 (CELULAR)							
DIRECCION: PASAJE 5 NORTE N° 1015, TEMUCO		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 10 años 3 meses 16 días (01/12/2011)		PREVISION: FONASA - A									
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora:		17/03/2022 22:44									
Temperatura Axilar:		36.5 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		115 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		98 [%]									
Latidos Cardíaco - Fetales:											
Hemoglutest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		NO		SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b>											
MAMA REF QUE LLEGO DEL COLEGIO CON DOLOR DE GARGANTA											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<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											
Tipo de Consulta: INFANTIL											
Atención Manifestación Social: NO											
Tipo de Paciente: NO APLICA											
<b>Origen de la Procedencia</b>											
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 colspan="3"></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° 11924705)</b>											
U07.2 : SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19)											
J029 : (En estudio) FARINGITIS AGUDA											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>											
C5											
<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>Categorización Cierre Atención</b>											
C4											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
AM ASMA SIN CONTROL											
ALERGIAS NIEGA											
EA ACUDE CON MADRE, DESDE HOY ODINOFAGIA, RINORREA HIALINA.											
AL EF											
OROFARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO											
CP ESTABLE											
<b>Procedimientos e Indicaciones en box</b>											
PCR HNF SARS COV2											
N°FOLIO: 24296110											
PESO 30KG											
<b>Indicaciones al alta</b>											
- CUARENTENA EN CASA HASTA RESULTADO DE EXAMEN (APROX 4 DÍAS) SI RESULTADO ES NEGATIVO PUEDE VOLVER A LA ESCUELA											
- ABUNDANTES LÍQUIDOS											
- LAVADO FRECUENTE DE MANOS, USO DE MASCARILLA											
- PARACETAMOL COMP 500MG TOMAR 1/2 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS SI HAY FIEBRE O MALESTAR GENERAL.											
- CLORFENAMINA COMP 4MG TOMAR 1/2 CADA 12 HORAS POR 5 DÍAS.											
- ACUDIR SOS											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 11924705)</b>											
EILEIN ALEXANDRA VEGAS SAYAGO											
MEDICO APS											
27082670-9											

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.