

6ºB


**FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA**

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15449330

ADMISION: 26/03/2025 18:03		INICIO DE ATENCION: 26/03/2025 18:40		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: EMILIA MONSERRAT PALMA URREA		RUT :	24421804 - 0	TELEFONO:	63913020 (CELULAR)				
DIRECCION: VILUMILLA 01850 COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 11 años 6 meses 8 dias (18/09/2013)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A				
<b>SIGNS VITALES</b>									
Hora :	26/03/2025 18:07								
Temperatura Axilar:	37.5 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:	4 [mmHg]								
Presión Diastólica:	50 [mmHg]								
Frecuencia Cardiaca:	114 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:	0 ['x]								
Distresado:	NO	SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b> MADRE FIEBRE, DOLOR MUSCULAR DESDE AYER									
<b>Observaciones Categorización</b> FIEBRE EN DOMICILIO CON PEAK DE 39.6°C EN TRIAGE CON 37.5°C. MIALGIAS, CUADRO QUE INICIA ANOCHE. PESO 44.5KG.									
<b>Funcionario Que Atiende</b>									
<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									
<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"/> 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
<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 15449330)</b> J030 : AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA									
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="checkbox"/> CS									
<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 Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.									
<b>Categorización Cierre Atención</b>									
<input type="checkbox"/> CS									
<b>Anamnesis e historia clínica</b>									
AM: - AL: - FCO: - PESO 48KG									
ACUDE POR CUADRO DE 5 DIAS DE EVOLUCION DE ODINOFAGIA, ASOCIADO A SENSACION FEBRIL, CEFALEA, MIALGIA, ASTENIA. NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES. NIEGA TOS O RINORREA									
AL EF EN BCG, SV FEBRIL EN 37.5 MUCOSAS HIDRATADAS Y NORMOCOLOREADAS GCS 15, CLOTE, VOR FARINGE ERITEMATOSA, AMIGDALAS CON PLACAS DE PUS EN CRIPTAS. ADENOPATIAS BILATERALES CERVICALES ANTERIORES RR2T NAS MP+ SRA, UMA (-), CIANOSIS (-) ABD BDI, SIP (-), RHA +, NO PALPO MASAS EEII SIN SIGNOS DE EDEMA O TVP CENTRO 5 PTS									
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>									
PENICILINA CON BENZATINA 600.000 UI 2 AMP IM									
<b>Indicaciones al alta</b>									
REPOSO RELATIVO, DESCANSO POR 3 DIAS EN SU HOGAR SEGUN SINOTOMAS REGIMEN COMUN, HIDRATACION ABUNDANTE PARACETAMOL 500 MG 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS IBUPROFENO 400 MG 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS SE EXPLICAN SG DE ALARMA ACUDIR A URGENCIA SOS									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15449330)</b>									
 MATÍAS ALEXANDER SUÁREZ VARGAS MEDICO APS 23347010-4									