



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12321200

| | | | | | |
|--|------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| ADMISION: 01/08/2022 19:15 | | INICIO DE ATENCION: 01/08/2022 19:43 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | |
| NOMBRE: MIKAELA VALENTINA TORRES BEROIZA | | RUT: 21832034 - 1 | TELEFONO: 91461430 (CELULAR) | DIRECCION: FARO CORONA 1143 | |
| DIRECCION: FARO CORONA 1143 | | SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO) | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | EDAD: 17 años 2 meses 26 dias (06/05/2005) | |
| PREVISION: FONASA - A | | | | | |
| SIGNS VITALES | | | | | |
| Hora: | 01/08/2022 19:18 | | | | |
| Temperatura Axilar: | 36.5 [°C] | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | |
| Presión Sistólica: | 128 [mmHg] | | | | |
| Presión Diastólica: | 79 [mmHg] | | | | |
| Frecuencia Cardiaca: | 82 [x] | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | |
| Saturometría: | 97 [%] | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | |
| Distresado: | SI - NO | SI - NO | | | |

Motivo de Consulta

REFIERE MALESTAR GENERAL

Funcionario Que Atiende

- Médico
 Odontólogo
 Matrón(a)
 Enfermero(a)
 Técnico Paramédico
 Kinesiólogo

Tipo de Consulta : ADULTO

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 | Hora 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"/> 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> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | DIA | MES | AÑO | | | | : |
| DIA | 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 12321200)

J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control

Categorización Cierre Atención

C5

Anamnesis e historia clínica

AM: NIEGA
 ALERGIAS: NIEGA
 QX/HOSP: NIEGA
 FARMACOS: NIEGA
 CONTROLES/ VACUNAS (PNI): AL DIA

ES TRAIDO POR PADRE

4 DIAS EVOLUCION RINORREA, ODINOFAGIA, POLIMIALGIAS, TOS SECA.
 HERMANO CON SINTOMA SIMILARES CON TEST COVID19 NEGATIVO

EXAMEN FISICO: BCG, AFEBRIL, EUPNEICO, MUCOSA ORAL HIDRATADA.
 ORL: MUCOSA OROFARINGEA/ NASAL CONGESTIVA
 MP+ SIN RA
 RR2T SS

Procedimientos e indicaciones en box

DICLOFENACO AMP 75MG IM
 CLROFENAMINA AMP 10MG IM

Indicaciones al alta

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:
 -PARACETAMOL COMP 500MG: 1 COMP VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 3 DIAS.
 -DICLOFENACO COMP 50MG :1 SOS FIEBRE,
 -LORATADINA 10MG COMP: 1 AL DIA POR 5 DIAS.

RECOMENDACIONES:
 -ASEO NASAL RECURRENTE; UTILIZAR ATOMIZADOR NASAL DE SOLUCION SALINA TIPO FISIOLIMP O AGUA DE MAR: 4-6 VECES AL DIA.
 -LÍQUIDO ABUNDANTE ORAL
 -EVITAR EXPOSICION A ALERGENOS AMBIENTALES : HUMO TABAQUICO, PRODUCTOS DE COMBUSTION PARA CALEFACCION DE HOGARES, POLVO/ POLEN , CASPA DE ANIMALES (GATOS, PERROS), PRODUCTOS DE LIMPIEZA (DETERGENTES, CLORO), ETC.
 -ELEVACION DE CABECERA DE LA CAMA A 45° (UTILIZAR DIBBLE ALMOHADA PARA AJUSTE).

REPOSO MEDICO POR 3 DIAS.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12321200)

DR. JOSÉ ALVES-VALERO
M.D. CIRUJANO