



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU VILLA ALEGRE

NUMERO DE ATENCION: 11936494

S.B.

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| ADMISION: 21/03/2022 22:06 | INICIO DE ATENCION: 21/03/2022 23:29 | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS |
| NOMBRE: CHELSEE BRITTANY SOTO ÑANCUPIL | RUT: 23741715 - 1 | TELEFONO: 75766491 (CELULAR) |
| DIRECCION: CALLE MILANO N° 3106, AMANECER | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |
| EDAD: 10 años 6 meses 11 dias (10/09/2011) | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | PREVISION: FONASA - D |
| SIGNOS VITALES | | |
| Hora : | 21/03/2022 22:20 | |
| Temperatura Axilar: | 37.1 [°C] | |
| Temperatura Rectal: | | |
| Presión Sistólica: | | |
| Presión Diastólica: | | |
| Frecuencia Cardíaca: | 100 ['x] | |
| Frecuencia Respiratoria: | | |
| Saturometría: | 100 [%] | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | |
| Hemoglucotest: | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I |
| Dolor, EVA: | | |
| Distresado: | NO | SI - NO |
| Motivo de Consulta DOLOR DE GARGANTA RONCHAS EN EL CUERPO | | |
| 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 | 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"/> 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>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </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 N° 11936494)

J029 : FARINGITIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Anamnesis e historia clínica

PADRE REFIERE INICIO DE EA HACE 4 DIAS APROX PRESENTANDO ODINOFAGIA, NIEGA SINTOMAS CARDINALES PARA SARS COV 2 ,
ADEMAS RASH CUTANEO LEVE

PACIENTE EN BSCSGS AFEBRIL EUPNEICA TOLE VIA ORAL Y O2 AMBIENTAL, LO PERTINENTE POSITIVO A NIVEL DE FARINGE HIPEREMICA CON EXUDADOS, A NIVEL DERMATOLÓGICO EVIDENCIO RASH LEVE RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE RANGO NORMAL.

Condición del paciente al cierre de atención

-
- Vivo
-
-
- Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

- Alta domicilio
-
- Sin control

Categorización Cierre Atención

C5

Indicaciones al alta

CEFAZOXILO (500MG) 1 CAP CADA 12 HRS POR 7 DIAS
 PARACETAMOL 1 COMP CADA 6 HRS SOS
 CLORFENAMINA: 1 COMP CADA 12 HRS POR 5 DIAS
 ABUNDANTE LIQUIDO
 SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES AL PADRE
 RECONSULTAR SI SE ASOCIAN OTROS SINTOMAS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 11936494)

JOSE JUAN MONTSERRAT PEREZ
 MEDICO APS
 27143411-1