



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14368167

IV-A

ADMISSION: 26/04/2024 17:36		INICIO DE ATENCION: 26/04/2024 20:09		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MATILDE FLORENCIA GONZALEZ PAINENAO		RUT: 22325936 - 7		TELEFONO: 76014567 (CELULAR)	
DIRECCION: LLAMUCO BAJO-CAJON		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: VILCUN		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 17 años 2 meses 18 días (08/02/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora:		26/04/2024 18:03			
Temperatura Axilar:		36.9 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:		126 [mmHg]			
Presión Diastólica:		64 [mmHg]			
Frecuencia Cardíaca:		115 [x]			
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:		98 [%]			
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I	
Dolor, EVA:					
Distresado:		SI - NO		SI - NO	
<b>Motivo de Consulta</b> MADRE REFIERE DESDE AYER CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, ESCALOFRIOS, TOS ABUNDANTE					
<b>Observaciones Categorización</b> MADRE REF TOS CON EXPECTORACIÓN, CALOFRIOS, ODINOFAGIA, CALOFRIOS, DESDE AYER.					
<b>Funcionario Que Atiende</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matrán(a)					
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)					
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico					
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo					
Tipo de Consulta: ADULTO					
Atención Manifestación Social: NO					
Tipo de Paciente: NO APLICA					
Origen de la Procedencia					
DOMICILIO					
Otros Datos					
* NINGUNO					
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>					
<b>Naturaleza 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					
<b>Elemento Causante</b>					
<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					
<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>					
DIA MES AÑO					
Hora aproximada del hecho					
:					
<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° 14368167)</b>					
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)					
<b>Anamnesis e historia clínica</b>					
AM: NO					
ALERGIA NO					
PACIENTE CON CUADRO DE DOS DIAS DE DECAIMIENTO, DOLOR MUSCULAR, SENSACION FEBRIL, CONGESTION NASAL					
AL EX FISICO					
VOR, BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA					
NARINAS SIN OBSTRUCCION					
FARINGE ERITEMATOSA AMIGDALAS SIN PLACAS DE PUS					
TORAX RR2T NAS. MP (+) SRA					
OTOSCOPIA BILATERAL SIN LESTIONES EN CAE NI TIMPANO					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>					
KETOROLACO EV					
METAMIZOL 1 AMP					
<b>Procedimientos</b>					
INYECCION ENDOVENOSA					
ADMINISTRACION FLEBOCLISIS					
<b>Indicaciones al alta</b>					
- REPOSO EN DOMICILIO POR HOY HASTA EL DOMINGO					
- HIDRATACION ADECUADA					
- REGIMEN LIVIANO					
- PARACETAMOL 500 MG 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HRS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE					
- DICLOFENACO 50 MG CADA 8 HRS X 3 DIAS					
- DESLORATADINA 10 MG AL DIA POR 5 DIAS					
- URGENCIA SOS					
<b>Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 14368167)</b>					
Fecha Envío Fecha Regreso Tipo Comentario					
26/04/2024 20:10 26/04/2024 21:27 OBSERVACION					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14368167)</b>					
CATALINA OYARZUN ARAVENA					
MEDICO APS					
19290913-9					

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 provisoria, 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.