



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 11936255

50B.

ADMISSION: 21/03/2022 20:53		INICIO DE ATENCION: 21/03/2022 22:28		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: JOSEFA CATTALINA PALMA CARRILLO		RUT: 23812765 - 3	TELEFONO: 61378316 (CELULAR)								
DIRECCION: PASAJE 5 NORTE N° 1015, TEMUCO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):									
EDAD: 10 años 3 meses 20 días (01/12/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A								
SIGNOS VITALES											
Hora :	21/03/2022 21:07										
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	87 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	99 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
Motivo de Consulta											
REF: TOS CON FLEMA, DISFONICA DESDE EL JUEVES SE REALIZA EL PCR EL JUEVES CON RESULTADO NEGATIVO ASMA											
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							
<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" style="width:100%"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
				<table border="1" style="width:100%"><tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="2">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho		:			
Hora aproximada del hecho											
:											
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° 11936255)											
J00X : RESFRIO COMUN											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C5											
Anamnesis e historia clínica											
ANTC: NO ALERGIA : NO ESCOLAR FEMENINA QUIEN ESRECONSULTA CON SU MADRE CON PCR NEGATIVO EL DIA DE HOY , POR PRESENTAR TOS PRODUCTIVA DESDE HACE 2 DIAS TORAX: RR2T, SIN AGREGADOS											
Condición del paciente al cierre de atención											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente											
Alta domicilio Sin control											
Procedimientos e indicaciones en box											
C5											
Indicaciones al alta											
INGESTA DE ABUNDANTE LIQUIDO REPOSO POR 3 DIAS DICLOFENACO 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS CLORFFENAMINA 1 COMP CADA 12 HORAS POR 3 DIAS AMBROXOL 5 ML CADA 8 HORAS POR 7 DIAS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 11936255)											
BLEYDIMAR JOSE LOPEZ CARVAJAL MEDICO APS 26367116-3											

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.