



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKEWE-PELALE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15511256

69

ADMISION: 15/04/2025 13:23	INICIO DE ATENCION: 15/04/2025 13:59	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: ANTONIA ISIDORA MANRIQUEZ ANCAMIL	RUT :	24611296 - 7	TELEFONO:	2317961 (FIJO)
DIRECCION: CALLE ISLA DE PASCUA 03151 PARQUE COMUNA: COSTANERA I S/N TEMUCO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 10 años 11 meses 13 dias (02/05/2014)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A

SIGNOS VITALES

Hora :	15/04/2025 13:25	15/04/2025 14:53
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:	162 ['x]	132 ['x]
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	97 [%]	99 [%]
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	NO

Motivo de Consulta

DOLOR DE GARGANTA , DOLOR ABDOMINAL, DECAIMIENTO

Observaciones Categorización

SIN INFORMACIÓN

Funcionario Que Atiende

- Médico
- Odontólogo
- Matrón(a)
- Enfermero(a)
- Técnico Paramédico
- 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		
		DIA	MES	AÑO	:
<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"/> 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				
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <ul style="list-style-type: none"> <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 15511256)

J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Anamnesis e historia clínica

AM:NIEGA
RAM:MIEGA
PESO:57KGESCOLAR TRAÍDA POR MADRE REFIERE TOS ,DOLOR DE GARGANTA , DOLOR ABDOMINAL, DECAIMIENTO DE 2 DIAS DE EVOLUCIÓN.
NIEGA DIARREA ,NIEGA VÓMITOS.

NOTA :PADRE REFIERE FOBIA HOSPISTA Y VACUNAS.

AL EXAMEN FISICO :

BCG, HIDRATADA, AFEBRIL , EUPNEICA,

ORL: SIN ALTERACIONES

CP: MP+ SIN AGREGADOS // RR2TNS

ABD: RHA+ BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO

, BLUMBERG (-) SIN MEGALIAS

EEII: SIMÉTRICAS SIN EDEMA

NEURO: INDEMNE

Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo
- Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

- Alta domicilio
- Sin control
- Destino:
- Fecha de
- Indicación
- Hospitalización:
- Sin Información.

Procedimientos e indicaciones en box

TELEMEDICINA:
TAQUICARDIA SINUSAL ,CONDUCCION AV NORMAL,
COMPLEJOS NORMALES.

C5

Indicaciones al alta

REPOSO RELATIVO POR 3 DIA
RÉGIMEN LIVIANO + LÍQUIDOS ABUNDANTES FRACCIONADO, EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS (GATORED, COCA-COLA),