



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15512806

600

ADMISSION: 15/04/2025 19:58		INICIO DE ATENCION: 15/04/2025 22:32		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE:	JULIETA AGUSTINA BELÉN ORELLANA ORELLANA	RUT:	24421147 - K	TELEFONO:	59248285 (CELULAR)						
DIRECCION:	CALLE PUESTA DE SOL 03550	PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA:	TEMUCO	DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - A						
EDAD:	11 años 5 meses 28 días (18/10/2013)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)								
SIGNOS VITALES											
Hora:	15/04/2025 20:19	15/04/2025 22:40									
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]	38 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	108 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	99 [%]										
Latidos Cardíaco - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA									
Dolor, EVA:	3 [x]										
Distresado:	NO	NO									
Motivo de Consulta											
REF. MADRE, 3 DIAS CON FIEBRE, DOLOR ARTICULAR, CEFALEA, DOLOR GARGANTA											
Observaciones Categorización											
SIN INFORMACIÓN											
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											
<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											
Elemento Causante											
<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											
Fecha Aproximada del Hecho											
<table border="1"><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									
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											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
CS											
Condición del paciente al cierre de atención											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo											
<input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente											
Alta domicilio											
Sin control											
Destino:											
Fecha de Indicación Sin											
Hospitalización: Información.											
Categorización Cierre Atención											
CS											
Diagnóstico (DAU N° 15512806)											
J068 : FARINGOAMIGDALITIS											
Anamnesis e historia clínica											
AM: NIEGA											
ALERGIA: NIEGA											
REFIERE 2 DIAS CON CORIZA, ODINOFAGIA, TOS SECA, FIEBRE 38°C, FEBRIL, MIALGIAS. SIN OTRO SINTOMA ASOCIADO.											
AL EXAMEN FISICO LUCE EN BCG. MUCOSAS HUMEDAS. BIEN PERFUNDIDA. SIN ASPECTO TOXICO.											
FARINGE NO CONGESTIVA. SIN LESIONES, AMIGDALAS SIN EXUDADO NI PLACAS. CONGESTIÓN NASAL, CORIZA, DESCARGA POSTERIOR.											
TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE. MP+. SRA, SIN USO MUSC. ACCESORIA. RRZT SS. RESTO DEL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES APARENTES.											
Procedimientos e indicaciones en box											
DICLOFENAC SODICO 1 AMPOLLA IM											
PESO: 44.5 KG											
Procedimientos											
INYECCION INTRAMUSCULAR											
Indicaciones al alta											
REPOSO POR 5 DIAS											
LIQUIDO ABUNDANTE											
ASEO NASAL FRECUENTE											
AMOXICILINA 1 COMPRIMIDO CADA 8 HRS POR 7 DIAS											
LORATADINA 10MG: 1 COMP AL DIA (NOCHE) POR 5 DIAS											
IBUPROFENO 8 CC C/8HR SOS DOLOR INTENSO QUE NO CEDE CON PARACETAMOL.											
CONTROL EN CONSULTORIO SI SINTOMAS PERSISTEN											
ACUDIR URGENCIA SI SE APPLICAN SIGNOS DE ALARMA											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15512806)											
S.I.S: 635934											
JOHANNA GARRIDO DE LEON											
MEDICO APS											
26002043-9											

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.