



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14541734

2^a A

ADMISION: 14/06/2024 18:25		INICIO DE ATENCION: 14/06/2024 21:10		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ALICIA MATILDA CASTILLO MUÑOZ		RUT: 25213858 - 7		TELEFONO: 63609614 (CELULAR)	
DIRECCION: ULTIMA ISLA 929		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 8 años 6 meses 7 días (07/12/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES

Hora :	14/06/2024 18:30	
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	100 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	97 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

MAMAREF:HOY CON DOLOR DE TORAX DOLOR ABDOMINAL NAUSEAS CEFALEA

Observaciones Categorización

MAMAREF:HOY CON DOLOR DE TORAX DOLOR ABDOMINAL NAUSEAS CEFALEA

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

☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ Agresión sexual
☐ Otro
☐ Accidente Incendio
☐ Accidente Terremoto
☐ Accidente Erupción
☐ Accidente Tsunami

Elemento Causante

☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DÍA	MES	AÑO

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

☐ Paciente sin lesiones
☐ Leve (0 - 14 días)
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
☐ Grave (30 días o más)
☐ Se requieren exámenes complementarios

Hora aproximada del hecho

:

Diagnóstico (DAU N° 14541734)

B349 : INFECCION VIRAL

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Anamnesis e historia clínica

ENF CRO (-)
ALERGIAS (-)
PACIENTE DESDE EL DIA DE HOY CON MALESTAR GENERAL, MIALGIAS, SENSACIÓN FEBRIL, ODINOFAGIA, DOLOR ABDOMINAL Y CEFALEA.
MP+SRA
FARINGE CONGESTIVA SIN PLACAS DE PUS

Destino Inmediato del Paciente

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

Procedimientos e indicaciones en box

PTUOLUIMIENTOS E INICIALES EN BOX

P: 34 K
IBUPROFENO 8.5 ML VO

Categorización Cierre Atención

C4

Indicaciones al alta

REPOSO RELATIVO POR 6 DIAS EN CASA
RÉGIMEN LIVIANO, TODO COCIDO + HIDRATACIÓN
PARACETAMOL 500MG 1 COMP CADA 8 HORAS VO POR 3 DIAS
IBUPROFENO 8.5 ML C/8H VO X 3D
CLORFENAMINA 4M 1/2 CADA 12 HRS X 3D
CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SÍNTOMAS
CONSULTAR URGENCIAS SOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14541734)

ZURILMA DEL CARMEN HOLMQUIST BETANCOURT
MEDICO APS
26547063-7

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.