



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 12590770

10

ADMISSION: 23/10/2022 12:56		INICIO DE ATENCION: 23/10/2022 15:56		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: ALICIA MATILDA CASTILLO MUÑOZ		RUT: 25213858 - 7	TELEFONO: 63609614 (CELULAR)								
DIRECCION: CALLE MILLANTU 1153 LABRANZA S/N		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
EDAD: 6 años 10 meses 16 días (07/12/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A								
SIGNOS VITALES											
Hora :		23/10/2022 13:04									
Temperatura Axilar:		36.7 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		98 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		98 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		NO		SI - NO							
Motivo de Consulta REF: SECRECION , TOS.											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matron(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"/> Contundente		<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									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
:											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión		Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral							
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor		<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones							
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío		<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)							
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)							
<input type="checkbox"/> Agresión sexual				<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)							
<input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios							
Diagnóstico (DAU N° 12590770)											
J029 : (En estudio) FARINGITIS AGUDA											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C5											
Anamnesis e historia clínica											
ACREDITO REPOSO EN DOMICILIO POR LOS DÍAS QUE NO HAYA ASISTIDO ENTRE JUEVES 20 DE OCTUBRE Y VIERNES 28 DE OCTUBRE.											
PRESENTAR ESTE DOCUMENTO (VÁLIDO COMO CERTIFICADO MEDICO)											
Procedimientos e indicaciones en box											
IBUPROFENO 200/5 6 CC C/8 HORA S X 3DIAS											
AMOXICILINA AC CLAVULANICO 400/57/5 7 CC C/12 HORAS X 7 DIAS											
LORATADINA 10 MG 1/2 COP C/12 HORAS X 5 DIAS											
REGIMEN LIVIANO											
EN CASO DE PERSISTENCIA DE SINTOMAS, CONTROL EN POLICLINICO (LUNES-VIERNES 7:00 A 16:00 HRS)											
CONTROL EN URGENCIAS SOS (SOLO EN CASO DE SINTOMAS DE ALARMA, SE EXPLICA)											
Indicaciones al alta											
REF: SECRECION , TOS.											
FARINGE CONGESTIVA SIN PLACAS DE PUS											
MP +SRA											
RR2T SS											
EN BUENAS CONDICIONES GENERALES											
ESTABLE											
SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12590770)											
SERGIO ALEJANDRO TORRES VALLEJOS											
MEDICO APS											
17975047-3											

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.