

FORMULARIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA



ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 12590770

10

ADmisión: 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 dias (07/12/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION:	FONASA - A				
SIGNS VITALES									
Hora :	23/10/2022 13:04								
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	98 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	98 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucosuria:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresos:	NO	SI - NO							
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"/> Confundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table> 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° 12590770) J029 : (En estudio) FARINGITIS AGUDA									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda CS									
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)									
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control									
Categorización Cierre Atención CS									
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 SÍNTOMAS, CONTROL EN POLICLÍNICO (LUNES-VIERNES 7:00 A 16:00 HRS) CONTROL EN URGENCIAS SOS (SOLO EN CASO DE SÍNTOMAS DE ALARMA, SE EXPLICA)									
Indicaciones al alta REF: SECRECIÓN , TOS. FARinge CONGESTIVA SIN PLACAS DE PUS MP +SRA R2ZT 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.