



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 12656713

5^oB

ADMISION: 08/11/2022 17:10		INICIO DE ATENCION: 08/11/2022 17:45		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: AMY ASTUDILLO ESTRADA		RUT: 23814872 - 3	TELEFONO: 65571773 (CELULAR)								
DIRECCION: CALLE EL ULMO #278, VILLA LOS MOLINOS-CAJON S/N		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 10 años 11 meses 0 días (08/12/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B							
SIGNOS VITALES											
Hora :	08/11/2022 17:21										
Temperatura Axilar:	37.3 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:	121 [mmHg]										
Presión Diastólica:	82 [mmHg]										
Frecuencia Cardíaca:	133 [x]										
Frecuencia Respiratoria:	22 [x]										
Saturometría:	96 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA		A - V - D - I								
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO		SI - NO								
Motivo de Consulta DESDE EL VIERNES CON FIEBRE, DOLOR DE CUERPO Y VOMITOS											
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		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	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									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<input type="checkbox"/> Agresión sexual											
<input type="checkbox"/> Otro											
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° 12656713) J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4											
Anamnesis e historia clínica AM: NO ALERGIAS: NO DESDE HACE 4 DIAS CON MALESTAR GENERAL. FIEBRE, TOS. DESDE HOY CON VOMITOS. TOLERA AGUA VIA ORAL. AL EXAMEN: HIDRATADA, PERFUNDIDA FARINGE ERITEMATOSA SIN PLACAS DE PUS OJO ROJO SUPERFICIAL, EPIFORA, SECRESIÓN BILATERAL. RR2T SS MP+ SRA											
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 C4											
Procedimientos e indicaciones en box											
Indicaciones al alta HIDRATACION ABUNDANTE REPOSO EN CASA POR 5 DIAS PARACETAMOL 1,5 COMP CADA 8 HORAS POR 5 DIAS IBUPROFENO 400 MG, 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS RECONSULTAR SOS - EDUCO SIGNOS DE ALARMA											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12656713) KARINA ELISA ROMERO ANRÍQUEZ MÉDICO APS 1907260-7											

S2bs → 1 toz 2
después de vom

unguento en la noche
en el ojo x 5 días

Karina Romero A.
Médico Cirujano
19.075.260-7

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.