



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15031629

2º Pág.

ADMISION: 13/11/2024 16:57		INICIO DE ATENCION: 13/11/2024 17:23		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MARIA JOSE MEJIAS HENRIQUEZ		RUT :	25483945 - 0	TELEFONO:	44206861 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE AVENIDA MAQUEHUE N° 1692, PADRE COMUNA: LAS CASAS S/N PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 8 años 2 meses 24 dias (20/08/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION:	FONASA - C
SÍGNOS VITALES					
Hora :	13/11/2024 17:01				
Temperatura Axilar:	38.1 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Velocidad Cardíaca:	122 [x]				
Velocidad Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	SI - NO	SI - NO			
Motivo de Consulta MADRE REF ODINOFAGIA, SENSACION FEBRIL, TOS. DESDE EL DIA LUNES.					
Observaciones Categorización MADRE REF ODINOFAGIA, SENSACION FEBRIL, TOS. DESDE EL DIA LUNES.					
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"/> 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		<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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO
					Hora aproximada del hecho :
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° 15031629) J068 : FARINGOAMIGDALITIS					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4					
Anamnesis e historia clínica					
PX: REFIERE INICIO DE ENFERMEDAD ACTUAL HACE 3 DÍAS CARACTERIZADA POR FIEBRE TOS DOLOR DE GARGANTA AP: NIEGA DE IMPORTANCIA QX: NIEGA NIEGA ALERGIAS EF: APARENTE BUEAS CONDICIONES GENERALES, FEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO. BIEN PERFUNDIDO, LLENADO CAPILAR DE 2 SEG , PULSOS NO DISMINUIDO A RADIAL SIMÉTRICOS ORL: FARINGE Y AMÍGDALAS HIPERÉMICAS CON PLACAS DE PUS CP: RSCRS S/S MV AUDIBLE SIN AGG					
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.					
Procedimientos e indicaciones en box					
EVALUACION Y TTO MEDICO PESO 31 KG PARACETAMOL 1 TAB 500MG VO					
Categorización Cierre Atención C5					
Indicaciones al alta					
PARACETAMOL 1 TAB CDA 8 POR 3 DIAS IBUPROFENO1 TAB CDA 8 POR 3 DIAS AMOXICILINA 1 TAB CDA 8 POR 7 DIAS CLORFENAMINA 1TAB CDA 12 POR 5 DIAS MANTENER HIDRATADA URGENCIAS SOS SIGNOS DE ALARMAS REPOSO MEDICO POR 4 DIAS					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15031629)					
MIGUELANGEL MEDINA MARTINEZ MEDICO APS 26142564-5					