



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15657650

5º A.

ADMISION: 30/05/2025 10:27	INICIO DE ATENCION: 30/05/2025 11:58	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: SOFIA IGNACIA ESPINOZA MORAGA RUT : 24677730 - 6		TELÉFONO: 62615502 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE LAS CLAVELINAS 0184 S/N PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):				
COMUNA: PADRE LAS CASAS SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) PREVISION: FONASA - D				
<b>SIGNS VITALES</b>				
Hora :	30/05/2025 10:48			
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]			
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:				
Presión Diastólica:				
Frecuencia Cardíaca:	119 ['x]			
Frecuencia Respiratoria:				
Saturometría:	100 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglucotest:				
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		
Dolor, EVA:				
Distresado:	NO	SI - NO		
<b>Motivo de Consulta</b> REF DOLOR DE GARGANTA TOS CON FLEMAS LE CUESTA RESPIRAR DOLOR MUSCULAR HACE DOS DIAS				
<b>Observaciones Categorización</b> ODIOFAGIA, CONGESTION NASAL PESO: 46KG				
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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		<b>Tipo de Consulta</b> : INFANTIL  Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA		
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO  <b>Otros Datos</b> * 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				<b>Hora aproximada del hecho</b> :
DIA	MES	AÑO							
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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° 15657650)

J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo  
 Fallecido
 

## Destino Inmediato del Paciente

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

## Categorización Cierre Atención

C5

## Anamnesis e historia clínica

 AM: NO REFIERE  
 RAM: NO REFIERE

MC: PACIENTE TRAIDA POR MADRE CONSULTA POR CUADRO 2 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ODINOFAGIA, TOS PRODUCTIVA Y DISNEA.

EF: 47 KG

- GENERAL: EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, VIGIL Y REACTIVO. LLENE CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. MUCOSA ORAL HIDRATADA.
- OROFARINGE: ERITEMATOSA Y CONGESTIVA, SIN PLACAS DE PUS, EXUDADO NI HIPERTROFIA AMIGDALINA.
- CARDIACO: NORMAL. RITMO REGULAR EN 2 TIEMPOS NO AUSCULTO SOPLOS.
- PULMONAR: NORMAL. MURMULO PULMONAR PRESENTE. BILATERAL SIMÉTRICO. SIN RUIDOS AGREGADOS.
- ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES. BLANDO, DEPRESSIBLE E INDOLORO.

## Procedimientos e indicaciones en box

## Indicaciones al alta

 REPOSO ESCOLAR POR 3 DÍAS PARA VIGILANCIA EN DOMICILIO.  
 REGIMEN COMÚN CON ABUNDANTE LÍQUIDO. ASEO NASAL SEGÚN NECESIDAD.  
 PARACETAMOL 500 MG DAR 1 COMP CADA 12 HRS POR 5 DIAS, SI FIEBRE O DOLOR  
 DICLOFENACO 50 MG 1 COMP CADA 24 HRS POR 5 DIAS, SI FIEBRE O DOLOR PESO A PARACETAMOL  
 LORATADINA 10 MG 1 COMP CADA 24 HRS POR 5 DIAS  
 RECONSULTAR A URGENCIAS EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA COMO DIFICULTAD RESPIRATORIA O FIEBRE PERSISTENTE.  
 CONTROL EN SU CONSULTORIO SI CUADRO NO CEDE EN MÁS DE 1 SEMANA.

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15657650)

 SEBASTIÁN IGNACIO MÉNDEZ SEPÚLVEDA  
 MEDICO APS  
 19972243-3

Dr. Sebastián Méndez S.

19972243-3

Médico Cirujano