



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 12039533

80

ADMISION: 28/04/2022 12:05	INICIO DE ATENCION: 28/04/2022 13:25	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: PALOMA ALEXANDRA FUENTES CASTILLO	RUT: 22768760 - 6	TELEFONO: 54417170 (CELULAR)
DIRECCION: PJE RIO IBAÑEZ 1466 SAN ANTONIO S/N		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 13 años 9 meses 14 dias (14/07/2008)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B
SIGNS VITALES		
Hora :	28/04/2022 12:07	
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:	93 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO
Motivo de Consulta FLUJO RESPIRATORIO		
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	Hora 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"/> 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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	Hora aproximada del hecho <input type="text"/>
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 Nº 12039533)

J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

- Anamnesis e historia clínica

ACUD ECON MADRE QUIEN REFIERE IEA EL DÍA 25/04/22 CUANDO PRESENTA RINORREA ANTERIOR, TOS SECA ESPORADICA Y FIEBRE CUANTIFICADA EN 38.5°C QUE SE AUTOLIMITA A LAS 48 HORAS. NIEGA SINTOMAS GASTROINTETINUALES

-ALERGIAS NIEGA
 -HOSPITALIZACIONES Y/O QX NIEGA
 -VACUNAS AL DIA (#2 DOSIS SARS-COV2)

EXAMEN FISICO: PESO: 52KG
 ESTABLES CONDICIOS GENERALES, AFEBRIL. ORL. FARINGE ERITEMATOSA SIN EXUDADO, OTOSCOPIA SIN ALTERACIONES.
 CARDIOPULMONAR TÓRAX SIMETRICO MP (+) SIN AGREGADOS, RSCRS SIN SOPLOS. ABDOMEN. BLANDO, DEPRESIBLE RSHS (+)
 NEUROLOGICO ACTIVO REACTIVO VIGIL

- Procedimientos e indicaciones en box

- Indicaciones al alta

-REPOSO EN CASA POR 2 DIAS
 -CETIRIZINA (COMP): DAR 1 COMP DIARIO POR 5 DIAS
 -PARACETAMOL (TAB 500MG): DAR 1 TAB CADA 6 HORAS EN CASO DE FIEBRE O DOLOR
 -ASEO NASAL DE ACUERDO A NECESIDAD
 -NO REALIZAR EDUCACION FISICA POR 15 DIAS
 -VIGILAR SIGNOS DE ALARMA (DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SENSACION DE AHOGO, FIEBRE POR MAS DE 2 DIAS) ACUDIR A URGENCIAS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12039533)

MARIA BETZABETH CASTILLO CHACON
 MEDICO ESPECIALISTA

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

 Alta domicilio
 Sin control

Categorización Cierre Atención

C4