



FORMULARIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCIÓN: 14289376

1º A

09/04/24.

ADMISIÓN: 03/04/2024 17:08	INICIO DE ATENCIÓN: 03/04/2024 18:25	MEDIO DE EGRESO: PROPTOS MEDIOS				
NOMBRE: MARTINA HELENA RETAMAL URRA RUT: 25914768 - 9		TELÉFONO: 65109733 (CELULAR)				
DIRECCION: CALLE LAS ARAUCARIAS N° 056, PUEBLO ORIGINARIO COMUNA: PILLANELBUN DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):				
LAUTARO EDAD: 6 años 6 meses 14 días (20/09/2017) SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISIÓN: FONASA - A				
SÍGNOS VITALES						
Hora:	03/04/2024 17:20	Motivo de Consulta REF:TOS CON FLEMA ,CEFALEA.				
Temperatura Axilar:	36 [°C]	Observaciones Categorización TOS Y CEFALEA DESDE AYER				
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardíaca:	97 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	99 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Funcionario Que Atiende			
Dolor, EVA:	0 ['x]		<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL		
Distresado:	NO	SI - NO	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		
			<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		
			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			
			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico			
			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo			
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"/> Ruta <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"/> Puntante <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° 14289376)						
J029 : FARINGITIS AGUDA						
Resultado aplicación protocolo selector de demanda						
CS						
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.						
Categorización Cierre Atención						
CS						
Procedimientos e Indicaciones en box						
Indicaciones al alta 1.REPOSO MEDICO POR 5 DIAS 2.LÍQUIDOS A TOLERANCIA 3.MEDIDAS ANTITÉRMICAS PARA MANEJO DE FIEBRE 4.PARACETAMOL 70 GOTAS CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE 5.IBUPROFENO 200/5 ML 7 ML CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE MAYOR A 38.5 °C 6.LORATADINA 10 MG 1/2 AL DIA POR 6 DIAS 7.CONTROL MEDICO EN POLICLINICO CESFAM EN CASO PERSISTIR SINTOMAS Y REQUERIR EVALUACION 8.CONSULTAR A URGENCIA SOS						
<i>Alvaro Antonio Colque P. 16.389.052-6 Médico Especialista en Medicina Familiar RCM 22-1</i>						
Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 14289376)						
Fecha Envío 03/04/2024 18:25	Fecha Regreso	Tipo OBSERVACION	Comentario			