



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14374622

1^a A.

ADMISSION: 28/04/2024 13:36		INICIO DE ATENCION: 28/04/2024 14:32		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS								
NOMBRE: ANTONIA ESPERANZA SOTO BOISIER		RUT: 25960665 - 9	TELÉFONO: 75673629 (CELULAR)									
DIRECCION: CALLE NEVADO LLAIMA N° 3616,		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):									
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A									
EDAD: 6 años 6 meses 1 días (27/10/2017)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)										
SIGNOS VITALES												
Hora:	28/04/2024 13:42	28/04/2024 14:27										
Temperatura Axilar:	38.9 [°C]	39.1 [°C]										
Temperatura Rectal:												
Presión Sistólica:												
Presión Diastólica:												
Frecuencia Cardíaca:	105 [x]											
Frecuencia Respiratoria:												
Saturación de Oxígeno:	97 [%]											
Latidos Cardíaco - Fetales:												
Hemoglucotest:												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA										
Dolor, EVA:												
Distresado:	NO	NO										
Motivo de Consulta												
MADRE REF, FIEBRE, DEPOSICIONES LIQUIDAS.												
Observaciones Categorización												
MADRE REFIERE HACE 2 DIAS DOLOR DE GARGANTA, AYER SE AGREGA FIEBRE, DIARREA, MIALGIAS Y CEFALEA. HA MANEJADO CON PCT E IBUPROFENO (ULTIMOS MEDICAMENTOS ANOCHE)												
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"/> Contundente	<table border="1"><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
DÍA	MES	AÑO										
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante										
<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												
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio												
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto												
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción												
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami												
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° 14374622)												
A05A - DIARREA Y GASTROENTERITIS INFECCIOSA												
Anamnesis e historia clínica												
ANT MÓRBIDOS RINITIS Y SBO												
ALERGIAS NO												
MADRE REF, FIEBRE, DEPOSICIONES LIQUIDAS.												
AL EXAMEN FÍSICO												
BUEN ASPECTO GENERAL												
SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA												
CONJUNTIVAS ROSADAS												
MUCOSAS HIDRATADAS												
FARINGE CONGESTIVA SIN PLACAS												
PULMONAR MP + SIN RUIDOS AGREGADOS												
ABDOMEN RHA + SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL												
(BLANDO DEPRESIBLE, SENSIBLE A PALPACION PROFUNDA)												
Procedimientos e indicaciones en box												
Indicaciones al alta												
REPOSO MEDICO POR 5 DIAS												
REGIMEN LIVIANO A TOLERANCIA												
MEDIDAS ANTITÉRMICAS PARA MANEJO DE FIEBRE												
PARACETAMOL 500 MG 3/4 COMP CADA 8 HRAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE												
IBUPROFENO 200/5 ML 6.5 ML CADA 8 HRAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE MAYOR A 38.5 °C												
SALES DE RE-HIDRATACION ORAL A TOLERANCIA												
CONTROL MEDICO EN POLICLINICO CESFAM EN CASO PERSISTIR SINTOMAS Y REQUERIR EVALUACIÓN												
.CONSULTAR A URGENCIA SOS												
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14374622)												
ALVARO COLIPE HUENUL												
MEDICO APS												
16389052-6												

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 000. Prestamos 24 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.

Alvaro Antonio Colipe Huenu
16-389.052-6
Medico Especialista
Medicina Familiar
RCH