



FÓRMULARIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCIÓN: 12035771

Tte. S. Orellana
Pra. Kinder
P-K

ADmisión: 26/04/2022 22:22	INICIO DE ATENCIÓN: 26/04/2022 23:52	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: MIA PASCALE ORELLANA SAEZ	RUT: 25961320 - 5	TELÉFONO: 53896751 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE CONCEPCIÓN P. N° 1055 DEP 102, LETRA C		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 4 años 5 meses 27 días (30/10/2017)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISIÓN: FONASA - D
SIGNOS VITALES		
Hora :	26/04/2022 22:58	
Temperatura Axilar:	36.1 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	101 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Látilos Cardí - Petales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVD1):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

REF: DOLOR DE OÍDOS, CONGESTIÓN NASAL, DIFICULTAD RESPIRATORIA,
DOLOR DE MUELA
DESDE EL DOMINGO

Funcionario Que Atiende

- Médico
 Odontólogo
 Matrón(a)
 Enfermero(a)
 Técnico Paramédico
 Kinesiólogo

Tipo de Consulta : INFANTIL

Atención Manifestación Social: NO
Tipo de Paciente: NO APLICA

Origen de la Procedencia

CESFAM VILLA ALEGRE

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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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> <p>Hora aproximada del hecho : :</p>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
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° 12035771)

J209 : FARINGOBRONQUITIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control

Categorización Cierre Atención

C5

Anamnesis e historia clínica

AM: NIEGA RAM: NIEGA
MAMA REFIERE QUE HACE UNA SEMANA INICIA CON TOS CON EXPECTORACIÓN Y CORIZA.
MP+ RONCUS BIBASAL.

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

REPOSO EN CASA POR 7 DIAS.
ABUNDANTE LÍQUIDO
AMOXICILINA 500 SCC CADA 8 HORAS VO POR 7 DIAS.
IBUPROFENO 500 SCC CADA 8 HORAS VO POR 3 DIAS.
CLORFENAMINA 1/2 COMP CADA 12 HORAS VO POR 5 DIAS
SALBUTAMOL 2 PUFF C/4 H CON AEROCAMARA POR 5 DIAS
PREDNISONA 20MG 1 COMP C/24H X 5 D
CONTRO EN POLICLÍNICO EN CASO DE CONTINUAR CON SINTOMAS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12035771)

INGRID MILLAR FERRADA
MEDICO APS
16843637-8

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de 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.