

Se A.

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14328435

ADMISION: 15/04/2024 13:29		INICIO DE ATENCION: 15/04/2024 15:58		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: AMALIA ANTONIA OLIVIA LOZANO CARRASCO		RUT:	24351167 - 4	TELEFONO:	71829569 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE LEON GALLO 1492		PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:			
EDAD: 10 años 8 meses 10 dias (05/08/2013)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D	
<b>SIGNS VITALES</b>					
Hora:	15/04/2024 13:38	15/04/2024 16:05			
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	37.8 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	102 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometria:	99 [%]				
Zalidos Cardio - Fetales:					
Humoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
<b>Motivo de Consulta</b> REF ACOMP CUADRO RESPIRATORIO, DOLOR DE CABEZA , FIEBRE , CONGESTION NASAL ANT RINITIS ** TEA					
<b>Observaciones Categorización</b> SIN INFORMACIÓN					
<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					
Tipo de Consulta : 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 checked="" 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 checked="" 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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <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			
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 Nº 14328435)

J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO

## Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

## 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

C4

## Anamnesis e historia clínica

PRIMER LLAMADO 15:59 NSP  
 SEGUNDO LLAMADO 16:02

AM RINITIS ALERGICA, TEA  
 FARMACOS: LEVOCETIRIZINA 5MG  
 ALERGIAS: NIEGA  
 QUIRURGICOS: NIEGA

CONSULTA POR CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TOS, FIEBRE, MIALGIAS GENERALIZADAS, TOS, ODINOFAGIA.

MADRE REFIERE BROTE DE INFLUENZA EN COLEGIO

DIRIGIDAMENTE SIN VOMITOS NI DIARREA  
 NO REFIERE OTRAS MOLESTIAS

AL EXAMEN  
 BUEN ASPECTO GENERAL, TRANQUILA  
 INGRESA CAMINANDO SIN DIFICULTAD, A BUENA VELOCIDAD  
 SIN APREMIO RESPIRATORIO, SIN UMA, MP SIMETRICO SRA  
 BUENA HIDRATACION Y PERFUSION, RR2T NAS  
 RHA DE TONO Y FRECUENCIA NORMAL  
 FARinge ERITEMATOSA SIN PLACAS NI EXUDADOS

## Procedimientos e indicaciones en box

## Indicaciones al alta

ACTIVIDAD HABITUAL A TOLERANCIA  
 REPOSO EN CASA 4 DIAS  
 ESTILOS DE VIDA SALUDABLE  
 RÉGIMEN COMUN, ABUNDANTES LÍQUIDOS.  
 USO DE MASCARILLA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE  
 PARACETAMOL 500 MG 2 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS  
 IBUPROFENO 400 MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS  
 ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, FIEBRE O DOLOR INTENSO PERSISTENTE, O SEGUN NUEVA NECESIDAD

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14328435)

LUIS SCHMIDT REDEL  
 MEDICO APS  
 19519956-6

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.