

60A

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 12544340

ADMISION: 10/10/2022 16:58	INICIO DE ATENCION: 10/10/2022 18:55	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: EMILY FERNANDA OBREQUE RAMOS	RUT: 23486513 - 7	TELEFONO: 30020485 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE MELI N° 675, LAS JARRAS 2	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 11 años 10 meses 23 dias (17/11/2010)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A
<b>SIGNOS VITALES</b>		
Hora :	10/10/2022 16:59	
Temperatura Axilar:	37.7 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:	122 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometria:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO
<b>Motivo de Consulta</b> (R) DOLOR DE CABEZA, ESCALOFRIOS, SENSACION FEBRIL, TOS CON FLEMAS , DOLOR DE GARGANTA. 2 VAC COVID		
<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		
<b>Tipo de Consulta</b> : INFANTIL <b>Atención Manifestación Social</b> : NO <b>Tipo de Paciente</b> : NO APLICA		
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO		
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO		

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>						
<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	<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> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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 12544340)

U07.2 : SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19)

 Resultado aplicación  
 protocolo  
 selector de demanda  
 C5

## Anamnesis e historia clínica

- TRAIDA POR SU PADRE, REFIERE 2 DIAS DE EVOLUCIÓN, TOS PRODUCTIVA DE COLOR VERDE DE CARÁCTER INTENSO, DOLOR AL PECHO AL TOSER, CALOFRÍOS, FIEBRE NO CUANTIFICADA CON TERMÓMETRO EN CASA, SE ADMINISTRA 1 COMP DE PARACETAMOL 500MG, ODINOFAGIA INTENSA, DISGEUSIA .  
 RAM: NIEGA  
 AM: NIEGA  
 AL EXAMEN FÍSICO  
 OROFARINGE: CONGESTIVA, SIN EXUDADO  
 AP RESP: MP+ BILATERAL, SRA.

 Condición del paciente al cierre de atención  
 Vivo  
 Fallecido

## Procedimientos e indicaciones en box

- SIN STOCK SUFFICIENTE DE PCR EN NUESTRO CENTRO, SE SUGIERE TOMA DE PCR POR SUS MEDIOS EN CENTROS DE BÚSQUEDA ACTIVA EL DÍA DE MAÑANA.

 Destino Inmediato del Paciente  
 Alta domicilio  
 Sin control

 Categorización Cierre Atención  
 C5

## Indicaciones al alta

- CONTROLES OS
- CONTROLAR LA TEMP CADA 6 HORAS X 3 DIAS
- REPOSO POR 6 DIAS EN CASA
- IBUPROFENO 400MG, 1 COMP 1 COMP CADA 8 HORAS X 3 DIAS
- DICLOFENACO 50MG, 1 COMP CADA 12 HORA SX 3 DIAS
- LORATADINA 10MG, 1 COMP CADA 12 HORA SX 3 DIAS
- CLORFENAMINA 4MG,M 1 COMP AL DIA X 3 DIAS

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12544340)

 MARISELA ALCAMAN HUAQUINIR  
 MEDICO APS  
 17638234-1

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.