



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 12036588

69B

ADMISION: 27/04/2022 11:21	INICIO DE ATENCION: 27/04/2022 16:17	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: AGUSTINA GARCIA SAAVEDRA DIRECCION: VALPARAISO 291 (TEMUCO) FONASA B		RUT: 23621164 - 9	TELEFONO: 67290775 (CELULAR) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	PREVISION: COLMENA GOLDEN CROSS																												
EDAD: 11 años 0 meses 11 dias (16/04/2011)		SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)																														
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>27/04/2022 11:36</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>79 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td>22 [x]</td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>0 [x]</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>					Hora :	27/04/2022 11:36	Temperatura Axilar:	36 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	79 [x]	Frecuencia Respiratoria:	22 [x]	Saturometria:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:	0 [x]	Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	27/04/2022 11:36																															
Temperatura Axilar:	36 [°C]																															
Temperatura Rectal:																																
Presión Sistólica:																																
Presión Diastólica:																																
Frecuencia Cardiaca:	79 [x]																															
Frecuencia Respiratoria:	22 [x]																															
Saturometria:	99 [%]																															
Latidos Cardio - Fetales:																																
Hemoglucotest:																																
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																															
Dolor, EVA:	0 [x]																															
Distresado:	NO																															
	SI - NO																															
Motivo de Consulta FLUJO NO RESPIRATORIO																																
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>					<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																						
<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"/> 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>	DIA	MES	AÑO				:
DIA	MES	AÑO							
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>				<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	
<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 12036588) JOOX : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control	
Categorización Cierre Atención C4	

Anamnesis e historia clínica AM: COVID + ENERO 2022. FMCOS: (-). SIN ALERGIAS A MEDICAMENTOS. PNI AL DIA. COVID 2 DOSIS, PENDIENTE 3RA. INFLUENZA (-). TRAIDA POR MADRE, QUIEN REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA CUADRO DE 2 DIAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RINORREA, ODINOFAGIA, TOS CON EXPECTORACION MUCOPURULENTA(?), CONGESTION NASAL, CEG Y FIEBRE CUANTIFICADA DOMICILIO EN 38.2°C QUE CEDE CON MEDIDAS FISICAS. NIEGA OTALGIA, CIANOSIS PERIORAL, USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, SINTOMAS GASTROINTESTINALES. ASISTE AL COLEGIO, MUCHOS COMPAÑEROS CURSANDO CUADRO SIMILAR.

Procedimientos e Indicaciones en box EXAMEN FISICO: PESO: 78 KG VIGIL, ORIENTADA EN ESPACIO TIEMPO Y PERSONA. NO PALPO ADENOPATIAS EN CABEZA Y CUELLO. FARINGE LEVEMENTE ERITEMATOSA, SIN DESCARGA POSTERIOR, AMIGDALAS INDEMNES. CARDIACO RITMO REGULAR 2 TIEMPOS SIN SOPLOS. PULMONAR MP+ EN AMBOS HEMICAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS. EEEII SIN EDEMA, SIN SIGNOS DE TVP
Indicaciones al alta - LIQUIDOS ABUNDANTES. - REGIMEN ESCOLAR COMUN. - PARACETAMOL 500 MG COMP --> 1 COMP MAXIMO C/6 HRS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE (T° >38°C), SI NO CEDE IBUPROFENO 400 MG COMP --> 1 COMP MAXIMO C/8 HRS - EXPLICO SIGNOS DE ALARMA