IB.

**FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA**

ESTABLECIMIENTO: **SAR LABRANZA** NUMERO DE ATENCION: **12389796**

ADMISION: **22/08/2022 22:06** INICIO DE ATENCION: **22/08/2022 23:14** MEDIO LLEGADA: **PROPIOS MEDIOS**

NOMBRE: **CAMILA NICOLE OPAZO ABELLO** RUT: **22491344 - 3** TELEFONO: **Sin Informacion**
DIRECCION: **MILANO 03106 AMANECER** PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: **14 años 11 meses 20 dias (02/09/2007)** SEXO (GÉNERO): **MUJER (FEMENINO)** PREVISION: **FONASA - C**

**SIGNOS VITALES**

| | | |
|---|---|---|
| Hora : | 22/08/2022 22:32 | |
| Temperatura Axilar: | 37 [ºC] | |
| Temperatura Rectal: | | |
| Presión Sistólica: | | |
| Presión Diastólica: | | |
| Frecuencia Cardiaca: | 74 [x] | |
| Frecuencia Respiratoria: | | |
| Saturometria: | 99 [%] | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | |
| Hemoglucotest: | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I |
| Dolor, EVA: | | |
| Distresado: | NO | SI - NO |

**Motivo de Consulta**
PAPAREF: HACE 3 DIAS CON CEFALEA ODINOFAGIA FIEBRE CONGESTION NASAL

**Funcionario Que Atiende**
- [X] 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**
DOMICILIO

**Otros Datos**
* NINGUNO

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

**Naturaleza del Hecho**
- [ ] Accidente de tránsito
- [ ] Accidente laboral
- [ ] Accidente escolar
- [ ] Accidente doméstico
- [ ] Accidente en la vía pública
- [ ] Agresión
- [ ] Riña
- [ ] Violencia intrafamiliar
- [ ] Mordedura de perro
- [ ] Agresión sexual
- [ ] Otro

**Elemento Causante**
- [ ] Contundente
- [ ] Cortante
- [ ] Punzante
- [ ] Corto-punzante
- [ ] Arma de Fuego
- [ ] Explosión
- [ ] Calor
- [ ] Frío
- [ ] Otro

**Fecha Aproximada del Hecho**

| DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| | | |

**Hora aproximada del hecho**
:

**Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral**
- [ ] Paciente sin lesiones
- [ ] Leve (0 - 14 días)
- [ ] Mediana Gravedad (15 - 29 días)
- [ ] Grave (30 días o más)
- [ ] Se requieren exámenes complementarios

**Diagnóstico (DAU Nº 12389796)**
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA

**Resultado aplicación protocolo selector de demanda :**
C2

**Condición del paciente al cierre de atención**
- [X] Vivo
- [ ] Fallecido

**Destino Inmediato del Paciente**
Alta domicilio
Sin control

**Categorización Cierre Atención**
C2

**Anamnesis e historia clinica**
AM - RAM -

CUADRO DE 3 DIAS CON CEFALEA ODINOFAGIA CONGESTION NASAL SIN SINTOMAS TGI.

AL EXAMEN FISICO
FARINGE NO CONGESTIVA SIN EXUDADOS
MP + +SRA ISN TIRAJE O CIANOSIS.

**Procedimientos e indicaciones en box**
NO

**Indicaciones al alta**
IBUPROFENO 1C/8 HX 5D
CLORFENAMINA 1C/24 H X 5D

REPOSO ESCOLAR 5 DIAS

Dr. Ricardo José Buitrago Holmquist
Medicina General
RUT: 25.844.296-2

**Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12389796)**

RICARDO JOSE BUITRAGO HOLMQUIST
MEDICO APS
25844296-2

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 medica.