



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 12590767

P-K.

ADMISION: 23/10/2022 12:55		INICIO DE ATENCION: 23/10/2022 15:56		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE:	AILYN MALEN CASTILLO MUÑOZ	RUT:	25780872 - 6	TELEFONO:	73970061 (CELULAR)
DIRECCION:	ULTIMA ISLA 929 LABRANZA,	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD:	5 años 4 meses 29 días (24/05/2017)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A
SIGNOS VITALES					
Hora :	23/10/2022 13:04				
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	140 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	96 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
Motivo de Consulta					
REF: SECREACION EN OJOS , TOS CON FLEMA.					
Funcionario Que Atiende					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matron(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	
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		DIA	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		MES	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante		Hora aproximada del hecho	
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego		:	
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión			
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor			
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío			
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro			
<input type="checkbox"/> Agresión sexual					
<input type="checkbox"/> Otro					
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° 12590767)					
J068 : (En estudio) FARINGOAMIGDALITIS					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda					
C5					
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					
C5					
Anamnesis e historia clínica					
CRÓNICA RESPIRATORIA					
PESO: 30KG					
Procedimientos e indicaciones en box					
IBUPROFENO 200/5 6 CC C/ 8HORAS X 3 DIAS					
LORATADINA 10 MG 1/2 COMP C/12 HORAS X 5 DIAS					
AMOXICILINA AC. CLAVULANICO 400/57/5 7,5 CC C/12 HORAS X 7 DIAS					
REGIMEN LIVIANO					
EN CASO DE PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS, CONTROL EN POLICLINICO (LUNES-VIERNES 7:00 A 16:00 HRS)					
CONTROL EN URGENCIAS SOS (SOLO EN CASO DE SÍNTOMAS DE ALARMA, SE EXPLICA)					
Indicaciones al alta					
REF: SECREACION EN OJOS , TOS CON FLEMA.					
FARINGE CONGESTIVA CON PLACAS DE PUS					
MP +SRA					
RR2T SS					
EN BUENAS CONDICIONES GENERALES					
ESTABLE					
SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12590767)					
SERGIO ALEJANDRO TORRES VALLEJOS					
MEDICO APS					
17975047-3					

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.

Se Acredita Reposo:

Jueves 20/10/22

→ Viernes 28/10/22

ATTE

Dr. Sergio Torres Vallejos

17.975.047-3

MÉDICO ESPECIALISTA