



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO:

COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS
CASAS

NUMERO DE ATENCION:

15674793

6B

ADMISION: 04/06/2025 09:37		INICIO DE ATENCION: 04/06/2025 09:41		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: RAFAELA PASCAL PACHECO NAVARRETE		RUT :	24497792 - 8	TELEFONO:	79902404 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE PURENO 610 S/N COMUNA: FREIRE		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 11 años 5 meses 0 dias (04/01/2014)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - B
SIGNS VITALES					
Hora :	04/06/2025 09:38				
Temperatura Axilar:					
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	96 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:	22 ['x]				
Saturometría:	96 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	2 ['x]				
Distresado:	NO	SI - NO			
Motivo de Consulta — FLUJO NO RESPIRATORIO (H. MAKEWE)					
Observaciones Categorización — ACUDE POR RASH GENERALIZADO, IMPRESIONA RIBICUNDEZ EN ROSTRO Y MANOS , AGREGA DISNEA					
Funcionario Que Atiende					
<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						
<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"/> 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"/> 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> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
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 15674793) —

L239 : ALERGIA DERMATITIS

Resultado aplicación
protocolo
selector de demanda
C3

— Anamnesis e historia clínica —

OBS ANTECEDENTE DE ASMA, RINITIS ALERGICA
VACUNAS OK
ALERGIAS (-)Condición del paciente al
cierre de atención
 Vivo
 Fallecido
 HACE 3 DIAS COMIENZA CON CUADRO DE REACCION CUTANEA EN CARA Y CUELLO, ASOCIADO A PRURITO, SIN FIEBRE NI SINTOMAS RESPIRATORIOS. REFIERE HABER SENTIDO DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE EN ALGUN MOMENTO.
SIN HISTORIA PREVIA DE INFECCIONES VIRALES NI BACTERIANAS.Destino Inmediato del
Paciente
 Alta domicilio
 Sin control
 Destino:
 Fecha de: _____ Sin
 Indicación: _____ Información.
 Hospitalización: _____

— Procedimientos e indicaciones en box —

 PIEL ERITEMATOSA Y ASPERA EN MEJILLAS, FRENTE Y CUELLO, FARinge ROSADA, NARIZ SANA
 CARDIACO: RR2T, NO AUSCULTO SOPLOS
 PULMONAR: MP(+), NO AUSCULTO RUIDOS AGREGADOS
 ABDOMINAL: RHA(+), BDI, NO PALPO MASAS NI VISCEROMEGLIAS
 RESTO DE EXAMEN NORMAL
Categorización Cierre
Atención

C4

— Indicaciones al alta —

- REPOSO EN SU DOMICILIO POR 5 DIAS (A CONTAR DESDE EL 03/06/25)
- ASEO NASAL FRECUENTE
- RéGIMEN HABITUAL, ABUNDANTES LÍQUIDOS, EVITAR ALIMENTOS MUY ARTIFICIALES O CON COLORANTES
- PREDNISONA 20 MG CADA 12 HORAS POR 5 DIAS
- CETIRIZINA 10 MG CADA 12 HORAS POR 5 DIAS
- CONTROL EN SU CONSULTORIO EN 24-48 HORAS
- ACUDIR A URGENCIAS SI NECESIDAD. SE EXPLICA A LA MADRE.