



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 15475220

10A

ADMISSION: 03/04/2025 18:50		INICIO DE ATENCION: 03/04/2025 19:44		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ISIDORA MILLARAY FERNANDEZ NAHUELÑIR		RUT: 26543298 - 0	TELÉFONO: 78370933 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE CAMINO NIAGARA		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - B		
EDAD: 6 años 5 meses 8 días (26/10/2018)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora:	03/04/2025 19:08		REF: HOY CON ODINOFAGIA		
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]		<b>Observaciones Categorización</b>		
Temperatura Rectal:			REF: HOY CON ODINOFAGIA, CEFALEA, OTALGIA		
Presión Sistólica:			<b>Funcionario Que Atiende</b>		
Presión Diastólica:			<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		
Frecuencia Cardíaca:	110 [x]		Tipo de Consulta: INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	99 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			<b>Origen de la Procedencia</b>		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	<b>Otros Datos</b>		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	NO	SI - NO			

  

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

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora 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"/> 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
DÍA	MES	AÑO								

  

**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

  

<b>Diagnóstico (DAU N° 15475220)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
<b>JOOX</b> : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		C4
<b>Anamnesis e historia clínica</b>		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
AM: ASMA ALERGIAS: NIEGA PESO: 38 KG  HC: ACUDE POR CUADRO DE 1 DÍA DE EVOLUCION DE STX DE IRA ALTA: CEG, ODINOFAGIA, RINORREA, INYECCION CONJUNTIVAL, TOS SECA, MIALGIAS Y SENSACION FEBRIL  EF: - FARINGE LEVEMENTE CONGESTIVA, SIN HIPERTROFIA, SIN EXUDADO, SIN ADENOPATIAS, LEVE INYECCION CONJUNTIVAL - MP (+) SRA - RR2TSS - ABD: BDI, RHA (+), SIP (-) - EETI: SIN EDEMA - NEURO: OK  CUADRO VIRAL		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>		<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
(Empty box for procedures and instructions)		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.
<b>Indicaciones al alta</b>		<b>Categorización Cierre Atención</b>
- REPOSO ABSOLUTO POR 2 DIAS: 03/04/2025 Y 04/04/2025. MOSTRAR ESTE DOCUMENTO EN SU COMPLEJO EDUCACIONAL RESPECTIVO - HIDRATACION ABUNDANTE - EN CASO DE FIEBRE, APLICAR MEDIDAS FISICAS: FRIO LOCAL, DESVESTIR, EVITAR EL SOBREAIRGO - PARACETAMOL 500 MG: 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS VIA ORAL POR 3 DIAS - IBUPROFENO 400 MG: 1/2 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS VIA ORAL POR 3 DIAS - LORATADINA 10 MG: 1/2 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS VIA ORAL POR 4 DIAS - ACUDIR A URGENCIAS SOS		C5
<b>Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 15475220)</b>		
<b>Fecha Envío</b>	<b>Fecha Regreso</b>	<b>Tipo</b>
03/04/2025 19:44		OBSERVACION
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15475220)</b>		
FELIPE TAMAYO QUEZADA MEDICO APS 18572072-1		

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 provisional, 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.