

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14838188

ADMISSION: 21/09/2024 13:42 INICIO DE ATENCION: 21/09/2024 15:24 MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS

NOMBRE: LETICIA CATALINA SOTO BOISIER RUT : 26946440 - 2 TELEFONO: 44358670 (CELULAR)
DIRECCION: NEVADO LLAIMA 3616 PUEBLO ORIGINARIO PROCEDENCIA (URBANO /
COMUNA: TEMUCO DECLARADO: RURAL):
EDAD: 5 años 1 meses 21 días (31/07/2019) SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) PREVISION: FONASA - B

SIGNOS VITALES

Hora :	21/09/2024 13:46	
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	105 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

PADRE REF: DOLOR DE GARGANTA ,TOS CON FLEMA ,CEFALEA.

Observaciones Categorización

PADRE REFIERE CUADRO DE ODINOFAGIA, TOS CON DESGARRO

Funcionario Que Atiende

- ☒ 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
☐ Accidente Incendio
☐ Accidente Terremoto
☐ Accidente Erupción
☐ Accidente Tsunami

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frio
☐ 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 N° 14838188)

J00X : RESFRIO COMUN

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control
Destino:
Fecha de Indicación Sin
Hospitalización: Información.

Categorización Cierre Atención

C5

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

CERTIFICADO MEDICO: REPOSO EN DOMICILIO X 5 DIAS

REGIMEN LIVIANO + HIDRATACION ABUNDANTE
LAVADO NASAL FRECUENTE CON SOLUCION 0,9%
IBUPROFENO 200MG/5ML 4.5ML C/8H POR 3 DIAS
DESLOXATADINA 2,5MG/5ML 2.5ML C/24H POR 5 DIAS (NOCHE)
CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SINTOMAS
CONSULTAR URGENCIAS SOS (SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA)

Nombre y Firma del Funcionario Que Atiende (DAU N° 14838188)

Dt. Rafael Joaquín Buitrago
Rafael Joaquín Buitrago
Médico Cirujano
RUT: 15.839.355-4
Cep: 406.708-1

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 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.