

203



# FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14250484

ADMISSION: 22/03/2024 15:18	INICIO DE ATENCION: 22/03/2024 16:31	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: ANGELA SOFIA HERNANDEZ RIQUELME	RUT: 25352564 - 9	TELEFONO: 86794982 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA 1370	PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
COMUNA: PADRE LAS CASAS	DECLARADO:	PREVISION: FONASA - C
EDAD: 7 años 11 meses 6 días (16/04/2016)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	

## SIGNOS VITALES

Hora :	22/03/2024 15:22	
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	106 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

## Motivo de Consulta

MADRE REFIERE DOLOR DE GARGANTA, CONGESTION NASAL, DIFICULTAD RESPIRATORIA.

## Observaciones Categorización

MADRE REFIERE DOLOR DE GARGANTA, CONGESTION NASAL, DIFICULTAD RESPIRATORIA.

## 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

<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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table><tr><td></td><td>:</td></tr></table>		:
DIA	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

## Diagnóstico (DAU N° 14250484)

J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO 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

## Anamnesis e historia clínica

AM: NIEGA  
AL: NIEGA

PACIENTE EN COMPAÑIA DE SU MADRE, CONSULTA POR CUADRO RESPIRATORIO ALTO DESDE HACE 1 SEMANA, AUTOLIMITADO, PRESENTO FIEBRE PERO ACTUALMENTE AFEBRIL. PERSISTE LEVE ODINOFAGIA Y RINORREA.

## AL EXAMEN FISICO

BCG, BIEN PERFUNDIDA, HIDRATADA

MUCOSA ORAL HIDRATADA, FARINGE LEVEMENTE ERITEMATOSA SIN PLACAS DE PUS, LABIOS RESECOS

CUELLO SIN ADENOPATIAS

MP (+), SRA

## Procedimientos e indicaciones en box

## Indicaciones al alta

REPOSO ESCOLAR POR 10 DIAS

REGIMEN LIVIANO, ABUNDANTE HIDRATACION

1) PARACETAMOL 500 MG, 1 COMPRIMIDO EN CASO DE FIEBRE >38°C O DOLOR, MAXIMO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS.

2) LORATADINA 10 MG, 1 COMPRIMIDO EN LAS NOCHES POR 5 DIAS

\* ACUDIR A CONSULTORIO EN CASO DE CUADROS AUTOLIMITADOS

\*\* CONSULTAR EN URGENCIAS EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA (RETRACCION COSTILLAS, LABIOS AZULES), FIEBRE QUE DURA >5 DIAS, INTOLERANCIA A LIQUIDOS ORALES, O EN CASO DE ESTIMAR NECESARIO

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14250484)

JAIRO DANIEL LUGO GUIÑAN  
MEDICO APS  
26566878-K

Jairo D. Lugo Guinán  
26.566.878-K  
Médico Cirujano  
SS:609733