



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14227309

88' 8° B

ADMISSION: 15/03/2024 17:12		INICIO DE ATENCION: 15/03/2024 17:17		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: BELEN ANAHIS MORAGA GARRIDO		RUT :	23336573 - 4	TELEFONO:	90608270 (CELULAR)	
DIRECCION: PASAJE 3 NORTE 01154 PUEBLO NUEVO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - B	
EDAD: 13 años 9 meses 17 dias (27/05/2010)						
SIGNS VITALES						
Hora :	15/03/2024 17:13					
Temperatura Axilar:	37.9 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:	86 [mmHg]					
Presión Diastólica:	60 [mmHg]					
Frecuencia Cardiaca:	115 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	99 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	NO	SI - NO				
Motivo de Consulta REF. DOLOR DE CABEZA						
Observaciones Categorización REF. DOLOR DE CABEZA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DECAIMIENTO						
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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho :	
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 14227309) J068 : FARINGOAMIGDALITIS						Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4
Anamnesis e historia clínica SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA QUIEN ACUDE POR PRESENTAR TOS PRODUCTIVA ACOMPAÑADA DE RINORREA HIALINA ANTERIOR, CEFALÉA DE LOCALIZACIÓN FRONTAL AL EXAMEN FÍSICO AFEBRIL EUPNEICO TOLRANDO VIA ORAL Y O2 AMBIENTAL OIDO PABELLONA AURICULAR NORMOIMPLANTADO CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO NO PERMEABLE POR CERUMEN IMPACTADO FARINGE CONGESTIVA PFP RUGOSA RINORREA POSTERIOR AMIGDALAS GRADO II/IV CON EXUDADOS CARDIORESPIRATORIO MV(+) SIN AGREGADOS						Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box						Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
						Categorización Cierre Atención C5
Indicaciones al alta AMOLEX 1 COMPRIMIDO CADA 12 HORAS POR 07 DIAS PREDNISONA 20 MG 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 05 DIAS CLOREFENAMINA 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 05 DIAS IBUPROFENO 01 COMPRIMIDO CADA 08 HORAS POR 03 DIAS CONTROL SOS EN POLICLÍNICO						RECEITA DESPACHADA
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14227309) EGLIS SALAZAR MOSQUEDA MEDICO APS 26544570-5						

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.