



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LAUTARO

NUMERO DE ATENCION: 15641621

III B

ADMISSION: 25/05/2025 17:20	INICIO DE ATENCION: 25/05/2025 21:59	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: CATALINA SCARLETH RIQUELME VALDEBENITO	RUT: 22800485 - 5	TELEFONO: 57869800 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE PASAJE VOLCAN PUNTIAGUDO Nº 110, COMUNA: VILLA MIRADOR DE VOLCANES S/N LAUTARO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 16 años 9 meses 7 dias (18/08/2008)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D		

SIGNOS VITALES

Hora :	25/05/2025 17:25	
Temperatura Axilar:	35 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	108 [mmHg]	
Presión Diastólica:	76 [mmHg]	
Frecuencia Cardiaca:	107 ['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. FIEBRE, DOLOR DE CABEZA, OÍDOS Y GARGANTA.

Observaciones Categorización

REF. FIEBRE, DOLOR DE CABEZA, OÍDOS Y GARGANTA.

Funcionario Que Atiende

- Médico
- Odontólogo
- Matrón(a)
- Enfermero(a)
- Técnico Paramédico
- Kinesiólogo

Tipo de Consulta : ADULTO

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	Hora 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"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				: :
DIA	MES	AÑO							
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <ul style="list-style-type: none"> <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 15641621) —

J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Resultado aplicación
protocolo
selector de demanda

C5

Anamnesis e historia clínica

ANTECEDENTES:
 ANT MÓRBIDOS: NIEGA
 ANT.QUÍTRÍGICOS: NIEGA
 FÁRMACOS: NIEGA
 ALERGIAS: NIEGA
 HÁBITOS:

ANAMNESIS:
 PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 16 AÑOS ACUDE CON SU MADRE. REFIERE CUADRO DE UN DIA DE EVOLUCION CARACTRIZADO POR FIEBRE CUANTIFICADA EN 38°C EN DOMICILIO, ASOCIADO A ODINOFAGIA, RINORREA Y TOS. ADEMÁS REFIERE OTALGIA BILATERAL. NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS.

EXAMEN FÍSICO:
 SV: AFEBRIL, NORMOCARDICA, EUPNEICA, NORMOTENSA, NORMOSATURANDO A FIO2 AMBIENTAL
 VIGIL, CONSCIENTE, LÚCIDA, ORIENTADA EN ESPACIO Y TIEMPO. SIN SIGNOS DE FOCALIDAD NEUROLÓGICA.
 HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA, SIN APREMIO VENTILATORIO. HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. MUCOSAS NORMOCOLOREADAS.
 OTOSCOPIA BILATERAL: CAE PERMEABLE, SIN SECRECIONES. MT INDEMNE, SIN SIGNOS AGUDOS DE INFLAMACION.
 FARINGE ERITEMATOSA, AMIGDALAS HIPERTROFIADAS. SIN PRESENCIA DE EXUDADO.
 CARDIACO: RR2T, NO AUSCULTO SOPLOS.
 PULMONAR: MURMULLO PULMONAR PRESENTE, SIMÉTRICO, SRA.

CENTOS SCORE: 1 PUNTO

Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo
- Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

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

Categorización Cierre Atención

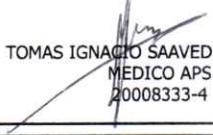
C5

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

- REPOSO RELATIVO EN DOMICILIO POR 5 DIAS A CONTAR DEL LUNES 26 DE MAYO
- HIDRATACION ABUNDANTE CON AGUA.
- PARACETAMOL 500 MG. 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
- KETOPROFENO 50 MG. 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS
- CLORFENAMINA 4 MG. 1 COMPRIMIDO EN LA NOCHE POR 5 DIAS.
- PARA LA TOS: 1 CUCHARADITA DE MIEL 2 A 3 VECES AL DIA POR 2 DIAS.
- ACUDIR A URGENCIA SOS EN CASO DE PRESENTAR SINTOMAS DE ALARMA EXPLICADOS AL PACIENTE
- SE ENTREGA DAU.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15641621)


TOMAS IGNACIO SAAVEDRA POBLETE
MEDICO APS
20008333-4

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.