



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15475675

P-K

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| ADMISION: 03/04/2025 20:51 | | INICIO DE ATENCION: 03/04/2025 23:49 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | |
| NOMBRE: SOFÍA HELENA NÚÑEZ GONZÁLEZ | | RUT: 27299516 - 8 | | TELEFONO: 36512199 (CELULAR) | |
| DIRECCION: AVENIDA PULMAHUE N° 2791, DPTO. 103 | | PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | |
| COMUNA: PADRE LAS CASAS | | DECLARADO: | | PREVISION: FONASA - A | |
| EDAD: 4 años 9 meses 13 días (21/06/2020) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | | | |

SIGNOS VITALES

| | |
|------------------------------|----------------------|
| Hora: | 03/04/2025 21:06 |
| Temperatura Axilar: | 37.8 [°C] |
| Temperatura Rectal: | |
| Presión Sistólica: | |
| Presión Diastólica: | |
| Frecuencia Cardíaca: | 128 [x] |
| Frecuencia Respiratoria: | |
| Saturometría: | 99 [%] |
| Latidos Cardio - Fetales: | |
| Hemoglucotest: | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA A - V - D - I |
| Dolor, EVA: | 0 [x] |
| Distresado: | NO SI - NO |

Motivo de Consulta

REFIERE SENSACION FEBRIL, ODINOFAGIA 1 DIA DE EV-

Observaciones Categorización

PADRE REF SENSACIÓN FEBRIL DE PCTE Y ODINOFAGIA, AL TRIAGE 37.8°C. SE ENTREGAN SIGNOS DE ALARMA. PESO 21.5KG

Funcionario Que Atiende

☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matrán(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 <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"><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</div> | Elemento Causante <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"><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</div> | Fecha Aproximada del Hecho <table border="1" style="width:100%"><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | DÍA | MES | AÑO | | | | Hora aproximada del hecho <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
|--|--|---|-----|-----|-----|--|--|--|--|
| | | DÍA | MES | AÑO | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"><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</div> | | | | | | | | | |

Diagnóstico (DAU N° 15475675)

J029 : (En estudio) FARINGITIS AGUDA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Anamnesis e historia clínica

PACIENTE SIN ANTECEDENTES MÓRBIDOS, CONSULTA POR CORIZA, ODINOFAGIA Y TOS SECA DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN. A FEBRIL HEMODINAMIA ESTABLE, SIN APREMIO RESPIRATORIO

EF: SIN DISEÑA SIN ESFUERZO INSPIRATORIO, CONSCIENTE VIGIL ORIENTADA, SIN DECAIMIENTO, FARINGE CONGESTIVA AMÍGDALAS EDEMATOSAS SIN EXUDADO PURULENTO, OTOSCOPIA NORMAL MP + SIN AGREGADOS, TORAX NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJE INTERCOSTAL NI SUBCOSTAL

Condición del paciente al cierre de atención

☒ Vivo
☐ Fallecido

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

Procedimientos e indicaciones en box

PARACETAMOL GOTAS 40 GOTAS

REPOSO MÉDICO MAÑANA 4-4-25

Categorización Cierre Atención

C5

Indicaciones al alta

REPOSO RELATIVO
RÉGIMEN LIVIANO + HIDRATACIÓN
EVITAR CONTACTO CON TIERRA POLVO DETERGENTES, ANIMALES POR 3 DÍAS.

PARACETAMOL 40 GOTAS CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS
IBUPROFENO JARABE 200/5 CC 5 CC CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS
AMOXICILINA JARABE 500/5 CC DAR 2,5 CC CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS
CLORFENAMINA 1/2 COMP CADA 12 HORAS POR 3 DÍAS

JARABE BISOLVON INFANTIL 10 CC CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15475675)

HENRY ERIC AINSLIE MATA
MEDICO APS
26984566-K