



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15495435

14A /

ADMISION: 10/04/2025 09:51		INICIO DE ATENCION: 10/04/2025 10:23		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: JOSEFA DOMINGA SALAMANCA SALAMANCA		RUT :	26446832 - 9	TELEFONO:	45925729 (CELULAR)																																							
DIRECCION: RUDECIDNO ORTEGA 01930 COMUNA: TEMUCO EDAD: 6 años 7 meses 12 dias (29/08/2018)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	NINGUNO MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	FONASA - A																																							
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td colspan="2">10/04/2025 10:02</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td colspan="2">36.4 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td colspan="2">89 ['x']</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td colspan="2">26 ['x']</td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td colspan="2">95 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td colspan="2">2 ['x']</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	10/04/2025 10:02		Temperatura Axilar:	36.4 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	89 ['x']		Frecuencia Respiratoria:	26 ['x']		Saturometría:	95 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:	2 ['x']		Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	10/04/2025 10:02																																											
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	89 ['x']																																											
Frecuencia Respiratoria:	26 ['x']																																											
Saturometría:	95 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:	2 ['x']																																											
Distresado:	NO	SI - NO																																										
Motivo de Consulta FLUJO RESPIRATORIO (P. NUEVO)																																												
Observaciones Categorización INGRESA POR CEG Y FIEBRE. SE AGREGA DOLOR DE GARGANTA																																												
Funcionario Que Atiende <table> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td>Tipo de Consulta : INFANTIL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td>Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td></td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																												
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																											
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																											
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																												
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																												
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																												
Origen de la Procedencia DOMICILIO																																												
Otros Datos * NINGUNO																																												
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table> <thead> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>DIA MES AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <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 </td> <td> <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 </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td> Hora aproximada del hecho : </td> </tr> </tbody> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			DIA MES AÑO	<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				Hora aproximada del hecho : 																							
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho																																										
		DIA MES AÑO																																										
<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				Hora aproximada del hecho : 																																			
DIA	MES	AÑO																																										
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>						<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																																		
<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 15495435) J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (REFRIEJO COMUN)																																												
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																																												
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																												
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.																																												
Categorización Cierre Atención C4																																												
Anamnesis e historia clínica AM: NIEGA MED: NIEGA ALERGIAS: NIEGA CX/HOSP: NIEGA PNI: AL DIA ESCOLAR FEMININA TRAIDA POR SU MADRE QUIEN REFIERE IEA HACE 3 DIAS CARACTERIZADA POR ODNOFAGIA, RINORREA Y TOS SECA ESCASA, HACE 12 HORAS REFIERE FIEBRE DE HASTA 38,4°C EN 1 OPORTUNIDAD QUE CEDE CON PARACETAMOL, NIEGA VOMITOS, DIARREA, DIFICULTAD RESPIRATORIA U OTROS SINTOMAS EX FISICO PIEL Y MUCOSAS HIDRATADAS, LLENADO CAPILAR < 2 SEG ORL: FARINGE ERITEMATOSA AMIGDALAS GRADI II SIN EXUDADOS, RINORREA ANTERIOR TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES RC2T NO AUSCULTO SOPLOS MP (+) SIN AGREGADOS ABDI																																												
Procedimientos e indicaciones en box PESO: 26KG																																												
Indicaciones al alta - REPOSO EN CASA POR 2 DIAS - ABUNDANTE AGUA																																												