



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14950592

ADMISSION: 21/10/2024 20:30	INICIO DE ATENCION: 21/10/2024 20:58	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS								
NOMBRE: EMILY PASCAL BENAVIDES CARTES	RUT: 24403321 - 0	TELEFONO: 62722207 (CELULAR)								
DIRECCION: CALLE TOCO 1701 EL SALITRE S/N COMUNA: TEMUCO	PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A								
EDAD: 11 años 0 meses 10 días (11/10/2013)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
<b>SIGNOS VITALES</b>										
Hora:	21/10/2024 20:40	21/10/2024 20:50								
Temperatura Axilar:	40 [°C]	37,5 [°C]								
Temperatura Rectal:										
Presión Sistólica:										
Presión Diastólica:										
Frecuencia Cardíaca:	165 [x]									
Frecuencia Respiratoria:										
Saturimetría:	99 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:										
Hemoglucotest:										
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA								
Dolor, EVA:										
Distresado:	NO	NO								
<b>Motivo de Consulta</b> REF: ESCALOFRIOS Y FIEBRE DESDE HOY.										
<b>Observaciones Categorización</b> REF: ESCALOFRIOS Y FIEBRE DESDE HOY.										
<b>Funcionario Que Atiende</b>										
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta: INFANTIL									
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO									
<input type="checkbox"/> Matron(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA									
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Origen de la Procedencia									
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	DOMICILIO									
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	Otros Datos									
	* NINGUNO									
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>										
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"><thead><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <table border="1"><thead><tr><th>Hora aproximada del hecho</th></tr><tbody><tr><td>:</td></tr></tbody></thead></table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho	:
DIA	MES	AÑO								
Hora aproximada del hecho										
:										
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>										
<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										
<b>Diagnóstico (DAU N° 14950592)</b>										
J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)										
<b>Anamnesis e historia clínica</b>										
TRAIDA POR APODERADA POR CUADRO DE FIEBRE DESDE HOY CON DOLOR DE GARGANTA. AM: NIEGA RAM: NIEGA PESO: 41 KG  EF: PACIENTE VIGIL, REACTIVO, BUEN ESTADO GENERAL. NORMOHIDRATADO, NORMOCOLOREADO. FARINGE CONGESTIVA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL CARDIOPULM: RR 4 FOCOS, NAS. MP (+). LEVES RUIDOS CONGESTIVOS. SIN USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS NI RETRACCIÓN. EUPNEICO.										
<b>Procedimientos e Indicaciones en box</b>										
METAMIZOL EV EN SF 0.9% DE 250 CC PARACETAMOL EV 1 AMP.  MEJORA CLÍNICA SINTOMATOLÓGICA										
<b>Indicaciones al alta</b>										
PARACETAMOL 500 MG 2 CADA 8 HRS POR 3 DÍAS IBUPROFENO 400 MG CADA 12 HRS POR 3 DÍAS LORATADINA 10 MG CADA 24 HRS POR 5 DÍAS PREDNISONA 20 MG POR 3 DÍAS REPOSO RELATIVO EN DOMICILIO POR 3 DÍAS ABUNDANTES LÍQUIDOS EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA ANTE PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS CONSULTAR EN SU CESFAM ANTE SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A URGENCIAS										
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14950592)</b>										
NICOLE ALEJANDRA MEDINA VARELA MEDICO APS 19305798-5										

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.