



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 12173854

4=A

ADMISION: 09/06/2022 17:43		INICIO DE ATENCION: 09/06/2022 21:48		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE:	MIA TRINIDAD ALARCON GALLARDO	RUT:	24182907 - 3	TELEFONO:	90658656 (CELULAR)						
DIRECCION:	CALLE DAVID PERRY 0595 S/N			PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD:	9 años 4 meses 10 días (30/01/2013)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A						
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora :	09/06/2022 17:47										
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	109 [x]										
Frecuencia Respiratoria:	20 [x]										
Saturometría:	98 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO	SI - NO									
<b>Motivo de Consulta</b>											
REF ACOMP FIEBRE, TOS, MIALGIAS ; 1 DIA DE EV ; CONTACTO PCT COVID 19+// SIN ESQUEMA DE VACUNACION ( C. MIRAFLORES)											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<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											
<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL											
<b>Atención Manifestación Social:</b> NO											
<b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA											
<b>Origen de la Procedencia</b>											
DOMICILIO											
<b>Otros Datos</b>											
* 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"/> Contundente		<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>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td></td><td>:</td></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
	:										
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frio									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<input type="checkbox"/> Agresión sexual											
<input type="checkbox"/> Otro											
<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° 12173854)</b>											
J00X : RESFRIO COMUN											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>											
C4											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
AM: ASMA BRONQUIAL EN TTO CX: NO ALERGIA NO REFIERE  AYER CON FIEBRE >39°C, VOMITOS, ODINOFAGIA, DOLOR MUSCULAR. HERMANO CON COVID AISLADO EN SU CASA, CON POSIBLE CONTACTO EL LUNES.  DESDE HOY NO ASISTE A COLEGIO POR SINTOMAS.  AL EXAMEN FISICO: BCG, HDE, AFEBRIL SAT 99% ¿PUPILAS ISOCRICAS Y REACTIVAS FARINGE ERITEMATOSA, AMIGDALAS SIN PLACAS DE PUS AADENOPATIA INFLAMATORIA DE 1 CM EN REGION CERVICAL DERECHA TORAX SIMETRICO SIN RETRACCION RR2T, NAS MP (+) SRA  DIRECCION: STGO WATT 2170 TEMUCO CORREO: GALLARDOJIMENA173@GMAIL.COM TELEFONO: 65569780 FIS 08/06/2022											
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo											
<input type="checkbox"/> Fallecido											
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>											
Alta domicilio											
Sin control											
<b>Categorización Cierre Atención</b>											
C4											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
TEST DE ANTIGENO NEGATIVO											
<b>Indicaciones al alta</b>											
REPOSO EN DOMICILIO POR DOS DIAS DESDE HOY 09/06 ABUNDANTE HIDRATACION IBUPROFENO 400 MG C/8 HRS X 3 DIAS PARACETAMOL 500 MG EN CASO DE FIEBRE >38,5°C CONTROL EN SU CESFAM PARA CONTROL DE ASMA CONTROL SUA SOS											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12173854)</b>											
CATALINA OYARZUN ARAVENA MEDICO APS 19290913-9											

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.