



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

4-B

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 12646636

ADMISION: 06/11/2022 11:43	INICIO DE ATENCION: 06/11/2022 11:57	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MURIEL IGNACIA SAEZ PEREZ	RUT: 24114429 - 1	TELEFONO: 45060127 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE PEHUEN N° 611, BRISAS DEL LLAIMA	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 9 años 11 meses 24 dias (13/11/2012)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D	
SIGNOS VITALES			
Hora : 06/11/2022 11:48	36.5 [°C]	Motivo de Consulta REFIERE DOS DIAS SENSACION FIEBRIL Y DOLOR DE GARGANTA	
Temperatura Axilar:		Funcionario Que Atiende	
Temperatura Rectal:		<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL
Presión Sistólica:		<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO
Presión Diastólica:		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
Frecuencia Cardiaca: 109 [x]		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
Frecuencia Respiratoria:		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
Saturometría: 98 [%]		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
Latidos Cardio - Fetales:			
Hemoglucotest:			
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I		
Dolor, EVA:			
Distresado: NO	SI - NO		

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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> </table>	DIA	MES	AÑO	:
DIA	MES	AÑO				
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral						
<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 N° 12646636) J039 : AMIGDALITIS AGUDA	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5
Anamnesis e historia clínica AM NO ALERGIAS NO TRAIDA POR PADRE POR ODINOFAGIA 2 DIAS EVOLUCION ASOCIADO A SENSACION FEBRIL EX. FISICO: HD ESTABLE, AFEBRIL FARINGE CONGESTIVA PLACAS DE PUS + EX. CP: MP+ SRA, RR2TSS	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box SALA CAMILLA	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control
Indicaciones al alta REPOSO EN CASA 5 DIAS ABUNDANTE LIQUIDO FRIO IBUPROFENO 200/5 6.5CC C/8H VO X 5 DIAS AMOXICILINA 500/5 5CC C/8H VO X 7 DIAS CONTROL EN CESFAM URGENCIAS SOS	Categorización Cierre Atención CS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12646636)	Simon Sanhueza Rozas Rut: 18.173.780-8 Médico Cirujano
SIMON VALENTIN SANHUEZA ROZAS MEDICO APS 18173780-8	

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.