



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 12646636

4-B

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 días (13/11/2012)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D

SIGNOS VITALES

Hora :	06/11/2022 11:48
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]
Temperatura Rectal:	
Presión Sistólica:	
Presión Diastólica:	
Frecuencia Cardíaca:	109 [x]
Frecuencia Respiratoria:	
Saturometría:	98 [%]
Latidos Cardio - Fetales:	
Hemoglucotest:	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA A - V - D - I
Dolor, EVA:	
Distresado:	NO SI - NO

Motivo de Consulta

REFIERE DOS DIAS SENSACION FIEBRIL Y DOLOR DE GARGANTA

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matrón(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta : INFANTIL

Atención Manifestación Social: NO
Tipo de Paciente: NO APLICAOrigen de la Procedencia
DOMICILIO

Otros Datos

* NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> 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><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> <table><tr><th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td></td><td>:</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			:
DIA	MES	AÑO										
Hora aproximada del hecho												
	:											
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

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control

Categorización Cierre Atención

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

Procedimientos e indicaciones en box

SALA CAMILLA

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

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12646636)

SIMON VALENTIN SANHUEZA ROZAS
MEDICO APS
18173780-8

Simón Sanhueza Rozas
Rut: 18.173.780-8
Médico Cirujano

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.