



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECEER

NUMERO DE ATENCION: 14515411

II^oA

ADMISSION: 05/06/2024 18:51		INICIO DE ATENCION: 05/06/2024 20:25		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE:	CATALINA FERNANADA AROS TENORIO	RUT :	22506586 - 1	TELEFONO:	Sin informacion						
DIRECCION:	PUERTO TRANQUILO 2185	PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA:	TEMUCO	DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - B						
EDAD:	16 años 8 meses 14 días (22/09/2007)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)								
SIGNOS VITALES											
Hora :	05/06/2024 18:59			Motivo de Consulta							
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]			FIEBRE, MIALGIA, CEFALEA HACE 3 DIAS							
Temperatura Rectal:				Observaciones Categorización							
Presión Sistólica:	124 [mmHg]			FIEBRE, MIALGIA, CEFALEA HACE 3 DIAS							
Presión Diastólica:	66 [mmHg]			Funcionario Que Atiende							
Frecuencia Cardíaca:	83 [x]			<input checked="" type="checkbox"/> Médico							
Frecuencia Respiratoria:				<input type="checkbox"/> Odontólogo							
Saturometría:	97 [%]			<input type="checkbox"/> Matrn(a)							
Latidos Cardio - Fetales:				<input type="checkbox"/> Enfermero(a)							
Hemoglucotest:				<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico							
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo							
Dolor, EVA:				Tipo de Consulta : ADULTO							
Distresado:	NO	SI - NO		Atención Manifestación Social: NO							
				Tipo de Paciente: NO APLICA							
				Origen 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"/> 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"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<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											
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° 14515411)											
J039 : AMIGDALITIS AGUDA											
Anamnesis e historia clínica											
PACIENTE SIN ANTECEDENTE MÓRBIDO CONSULTA POR ODINOFAGIA DESDE HACE 3 DÍAS ASOCIADO A FIEBRE Y CEFALEA EF A FEBRIL FARINGE CONGESTIVA CON EXUDADO PURULENTO EN AMBAS AMÍGDALAS, RESTO NORMAL											
Procedimientos e indicaciones en box											
Indicaciones al alta											
METAMIZOL 1 AMP IM CLORFENAMINA 1 AMP IM REPOSO 3 DÍAS RÉGIMEN LIVIANO + HIDRATACIÓN AMOXICILINA 500 MG CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS PARACETAMOL 500 MG CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS IBUPROFENO TAB 400 MG CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS CONTROL EN POLI SOS CONTROL URGENCIA SOS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14515411)											
DAWINS CHOUL CHOUL MEDICO APS 26656951-3											

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 provisional, 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.