

89A



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14936943

ADMISSION: 18/10/2024 07:04		INICIO DE ATENCION: 18/10/2024 08:36		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: DANYELY DANIELA SOTO CURIQUEO		RUT: 23668462 - 8		TELÉFONO: 39466235 (CELULAR)	
DIRECCION: PASAJE MALVOA N° 015, SAN ANTONIO		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO: MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 13 años 4 meses 12 días (06/06/2011)		SEXO (GÉNERO):			

SIGNOS VITALES		
hora:	18/10/2024 07:14	
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	90 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
REF ACOMP EPISTAXIS ; 1 SEMANA DE EV ANT RINITIS CRÓNICA (C. MIRAFLORES)	
Observaciones Categorización	
ACOMP REF AL TOSER Y ESTORNUDAR PROVOCA EPISTAXIS EVOL UNA SEMANA (SOLICITA CERTIFICADO PARA CLASES) PESO: 45 KG	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	INFANTIL
<input type="checkbox"/> Odontólogo	
<input type="checkbox"/> Matron(a)	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
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	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"/> 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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
DÍA	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° 14936943)

J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
R040 : (En estudio) EPISTAXISResultado aplicación
protocolo
selector de demanda

C5

Condición del paciente al
cierre de atención☒ Vivo
☐ FallecidoDestino Inmediato del
PacienteAlta domicilio
Sin control
Destino:
Fecha de Sin
Indicación Información.
Hospitalización:Categorización Cierre
Atención

C5

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

REPOSO REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS. SE EXTIENDE CERTIFICADO PARA PRESENTAR EN COLEGIO
ABUNDANTE HIDRATACION
MANTENER PARACETAMOL 500MG 1 COMP MAX CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG 1 COMP SOS SI DOLOR NO CEDE A PARACETAMOL, MAX CADA 8 HORAS POR 4 DIAS
CLORFENAMINA 4MG 1 COMP MAX CADA 8 HORAS POR 4 DIAS
EVITAR USO DE ANTIINFLAMATORIOS (IBUPROFENO, KETOPROFENO, KETOROLACO, DICLOFENACO) POR RIESGO DE SANGRADO
CONTROL CON MEDICO EN SU CONSULTORIO SI PERSISTEN SINTOMAS
CONTROL SOS URGENCIAS SI FIEBRE > 38°C, DOLOR INTENSO QUE NO CEDE CON ANALGESIA O DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14936943)

EMMANUEL MUÑOZ SILVA
MEDICO APS
18873765-KDr. EMMANUEL MUÑOZ
18.873.765-K
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 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.