



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14936943

ADMISION: 18/10/2024 07:04		INICIO DE ATENCION: 18/10/2024 08:36		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: DANIELY DANIELA SOTO CURIQUEO		RUT :	23668462 - 8	TELEFONO:	39466235 (CELULAR)
DIRECCION: PASAJE MALVOA N° 015, SAN ANTONIO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A
EDAD: 13 años 4 meses 12 dias (06/06/2011)					
SIGNS VITALES					
Hora :	18/10/2024 07:14				
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	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 PROVOCADA EPISTAXIS EVOL UNA SEMANA (SOLICITA CERTIFICADO PARA CLASES) PESO: 45 KG					
Funcionario Que Atiende <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					
Tipo de Consulta : INFANTIL <input type="checkbox"/> Atención Manifestación Social: NO <input type="checkbox"/> Tipo de Paciente: NO APlica					
Origen de la Procedencia <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corte-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<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> <p>Hora aproximada del hecho : :</p>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- Paciente sin lesiones
- Leve (0 - 14 días)
- Mediana Gravedad (15 - 29 días)
- Grave (30 días o más)
- Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 14936943)
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
R040 : (En estudio) EPISTAXIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda
 CS

Condición del paciente al cierre de atención
 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente
 Alta domicilio
 Sin control
 Destino:
 Fecha de Sin
 Indicación Información.
 Hospitalización:

Categorización Cierre Atención
 CS

Anamnesis e historia clínica

AM: RINITIS ALERGICA
 QX: NO
 ALERGIAS: NO REFIERE

PACIENTE ACOMPAÑADA POR SU MADRE. PACIENTE CONSULTA POR CUADRO DE EPISTAXIS A REPETICION DE 5 DIAS DE EVOLUCION, ASOCIADO A TOS CON EXPECTORACION, RINORREA, ODINOPAGIA, SENSACION FEBRIL. NIEGA VOMITOS, DIARREA.. DIRIGIDAMENTE REFIERE QUE SANGRADO SE EXACERBA CON LA TOS. MADRE LE HA DADO PARACETAMOL 500MG 1 COMP, CON MEJORA DE LA SENSACION FEBRIL, PERO PERSISTE CON SINTOMAS

AL EXAMENES:
 PACIENTE AFEBRIL, EUCARDICA, BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA
 NARIZ SIN LESIONES VISIBLES, SIN DEFORMACIONES, NARINAS CON RESTOS HEMATICOS ESCASOS, SIN SANGRADO ACTIVO.
 FARINGE ERITEMATOSA, TONSILAS SIN ALTERACIONES, SIN PLACAS DE PUS, SIN SANGRADO O FLUJO POSTERIOR
 CUERLO SIN LESIONES, NO PALPO ADENOPATIAS
 TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACTION COSTAL
 RR21, NO AUSCULTO SOPLOS. MP (+), NO AUSCULTO OTROS RUIDOS ASOCIADOS

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)


Dr. 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 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.