



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 12712065

10.

ADMISION: 22/11/2022 18:23	INICIO DE ATENCION: 22/11/2022 18:41	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: JOSEFA IGNACIA PINEDA CASTRO	RUT: 25120006 - 8	TELEFONO: 77780114 (CELULAR)	
DIRECCION: VILLA SANTA INES 2 609	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 7 años 2 meses 7 dias (15/09/2015)	SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D	

SIGNOS VITALES

Hora :	22/11/2022 18:37	
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:	125 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometria:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

MADRE REFIERE DIFONIA Y DISFAGIA DESDE AYER

Funcionario Que Atiende

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

Tipo de Consulta : INFANTIL

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"/> Rifa <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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>	:		
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° 12712065)

3068 : FARINGOAMIGDALITIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda
C2

Anamnesis e historia clínica

PACIENTE ES TRAIDA POR LA MADRE POR PRESENTAR ODINOFAGIA Y MALESTAR GENERAL DE 24 HRS DE EVOLUCION. PRESENTO 1 REGISTRO FEBRIL

ATC: NIEGA
FCOS: NIEGA
ALERGIAS: NIEGAEF:
PACIENTE LUCIDA, VIGIL Y ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. AFEBRIL
NORMOHIDRATADA CON MUCOSAS NORMOCOLOREADAS
FAUCES ERITEMATOSA CON AMIGDALAS AUMENTADAS DE TAMAÑO SIN ADENOPATIAS PALPABLES
EXAMEN PULMONAR: BEAB , SIN SONIDOS AGREGADOS Y MV CONSERVADO.
EXAMEN CARDIACO: RR2T , NO SE AUSCULTAN SOPLOS.
RESTO DE EXAMEN FISICO: SP

Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control

Categorización Cierre Atención

C2

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

TRATAMIENTO SINTOMATICO:
PARACETAMOL : 250 MG C/8HRS (1/2 COMPRIMIDO) X 3 DIAS
IBUPROFENO (JARBE 100MG /5 ML) : 10 ML SI DOLOR (MAX C/8 HRS)

HIDRATACION

REPOSO-48 HRS

PAUTAS DE ALARMA - CONSULTAR EN URGENCIAS SI : FIEBRE QUE NO CEDE CON PARACETAMOL POR MAS DE 72 HRS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, FALTA DE MEJORIA EN 7 DIAS, CEFALAEA QUE NO CEDE CON ANALGESICOS.

MEDIDAS DE PREVENCION:

- EVITAR LA EXPOSICION A HUMO DE TABACO (EL HUMO TAMBIEN SE IMPREGNA EN LAS TELAS)
- LIMITAR LA TRANSMISION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS MEDIANTE EL LAVADO DE MANOS FRECUENTE TANTO EN CASA COMO EN SALAS CUNA Y JARDINES INFANTILES.
- LIMITAR LA EXPOSICION A OTROS NIÑOS (REPOSO EN CASA SIN ASISTIR A JARDIN /SALA CUNA)

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12712065)

M. José Navarrete U...