



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12532479

K-A

ADMISION: 06/10/2022 18:09	INICIO DE ATENCION: 06/10/2022 19:22	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: MAYRA CONSTANZA CATRIL FIGUEROA	RUT: 25611324 - 4	TELEFONO: 97065450 (CELULAR)
DIRECCION: RIO MARAÑON 02736	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 5 años 9 meses 14 días (22/12/2016)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D

SIGNOS VITALES

Hora :	06/10/2022 18:25	
Temperatura Axilar:	37 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	98 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta

MADRE REFIERE FIEBRE, ODINOFAGIA, INAPETENCIA, CONGESTION NASAL, TOS CON FLEMA (5 DIAS)

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
DOMICILIOOtros Datos
* NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho

- ☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ Agresión sexual
☐ Otro

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

Hora aproximada del hecho

:

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° 12532479)

B349 : (En estudio) VIROSIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Con indicación de tratamiento en su estab.

Categorización Cierre Atención

C5

Anamnesis e historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: NIEGA
ALERGIA A MEDICAMENTOS: NIEGA
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS: CONTACTO CON PACIENTE COVID19+: NIEGA
ESQUEMA DE VACUNAS: C
MC: ODINOFAGIA MIALGIA
EA: MADRE REFIERE Q EU AHCE 6 DIAS CURSA CON ODINOFAGIA MIALGIA CONGESTION NASAL MOTIVO POR EL CUAL ACUDE

EXAMEN FISICO:

ORL: FARINGE ERITEMATOSA
CP: MP+, RUIDOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS EN DOS TONOS SIN SOPLO

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

IBUPROFENO 200MG/5ML DAR 4CC C 8 X 4 DIAS
SE EXPLICAN MEDIDAS GENERALES
AISLAMIENTO EN DOMICILIO POR 7 DIAS A CONTAR DEL 3/10/2022
SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA
SE INDICAN RECOMENDACIONES PERTINENTES

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12532479)

ORLANDO RAFAEL RIVERA ARIAS
MEDICO APS
26879642-8

Dr. Orlando Rivera A.
Medico Cirujano
RUT: 26.879.642-8
RGM: 49278-5

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 provisorio, 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.