

TIA



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14706547

ADMISION: 14/08/2024 17:10		INICIO DE ATENCION: 14/08/2024 17:31		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: SASHA YISELLE ROSAS SCHULZ		RUT:	22783024 - 7	TELEFONO:	61031373 (CELULAR)						
DIRECCION: CALLE BOTELLA EN EL MAR 172, LABRANZA.		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B							
EDAD: 16 años 0 meses 16 días (29/07/2008)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
SIGNOS VITALES											
Hora:	14/08/2024 17:22	14/08/2024 17:24									
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:		108 [mmHg]									
Presión Diastólica:		68 [mmHg]									
Frecuencia Cardíaca:	114 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	98 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
Motivo de Consulta CEFALEA, CONGESTION Y FIEBRE											
Observaciones Categorización CEFALEA, CONGESTION Y FIEBRE											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matró(a)											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
Tipo de Consulta: ADULTO											
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											
<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											
Elemento Causante											
<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											
Fecha Aproximada del Hecho											
<table border="1" style="width:100%"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>ANO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>						DIA	MES	ANO			
DIA	MES	ANO									
Hora aproximada del hecho											
<table border="1" style="width:100%"><tr><td></td></tr></table>											
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° 14706547)											
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)											
Anamnesis e historia clínica											
ENF CRO (-) ALERGIAS (-)											
PACIENTE HACE DOS DIAS CON MALESTAR GENERAL, MIALGIAS, SENSACIÓN FEBRIL, ODINOFAGIA Y TOS SECA.											
MP+SRA FARINGE CONGESTIVA SIN PLACAS DE PUS											
Procedimientos e indicaciones en box											
Indicaciones al alta											
REPOSO RELATIVO POR 3 DIAS EN CASA RÉGIMEN LIVIANO + HIDRATACIÓN PARACETAMOL 500MG 2 COMP CADA 8 HORAS VO POR 3 DIAS IBUPROFENO 400 MG 1 C/8H VO X 3D CLORFENAMINA 4M CADA 12 HRS X 5D CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SÍNTOMAS CONSULTAR URGENCIAS SOS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14706547)											
ZURILMA DEL CARMEN HOLMQUIST BETANCOURT MEDICO APS 26547063-7											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C5											
Condición del paciente al cierre de atención											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo											
<input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente											
Alta domicilio											
Sin control											
Destino:											
Fecha de Indicación											
Hospitalización:											
Sin Información.											
Categorización Cierre Atención											
C5											

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.