



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14838183

10A

ADMISSION: 21/09/2024 13:40		INICIO DE ATENCION: 21/09/2024 15:25		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: ANTONIA ESPERANZA SOTO BOISIER		RUT: 25960665 - 9	TELEFONO: 75673629 (CELULAR)								
DIRECCION: CALLE NEVADO LLAIMA N° 3616, COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
EDAD: 6 años 10 meses 25 días (27/10/2017)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A								
SIGNOS VITALES											
Hora:	21/09/2024 13:44										
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	100 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	100 [%]										
Latidos Cardíaco - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
Motivo de Consulta											
PADRE REF: DOLOR DE GARGANTA, CEFALEA, TOS CON FLEMA.											
Observaciones Categorización											
PADRE REFIERE CUADRO DE ODINOFAGIA, TOS CON DESGARRO											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matron(a)											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
<input type="checkbox"/> 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							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
:											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frio									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<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											
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° 14838183)											
J039 : AMIGDALITIS AGUDA											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C5											
Anamnesis e historia clínica											
AM: -											
RAM: -											
PESO: 25.8KG											
PACIENTE QUIEN REFIERE SINTOMATOLOGIA DE 7 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADA POR DOLOR DE GARGANTA, CEFALEA, TOS CON FLEMA. NO ATENUADO FARMACOLOGICAMENTE. NIEGA OTROS SINTOMAS.											
EF:											
PAC EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL, GSC 15/15.											
BOCA: FARINGE ERITEMATOSA, AMIGDALAS CON PLACAS DE PUS ADHERENTES.											
TORAX: NORMOEXPANSIBLE, MV+ SIN RUIDOS AGREGADOS											
Destino Inmediato del Paciente											
Alta domicilio											
Sin control											
Destino:											
Fecha de Indicación Sin											
Hospitalización: Información.											
Procedimientos e indicaciones en box											
Indicaciones al alta											
CERTIFICADO MEDICO: REPOSO EN DOMICILIO 7 DIAS											
HIDRATACION ABUNDANTE											
IBUPROFENO 6ML C/8H ORAL POR 3 DIAS.											
AMOXICILINA 4ML MG 1 COMP C/8H ORAL POR 7DIAS											
DESLOXATADINA 2.5ML C/24H POR 5DIAS											
CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SINTOMAS											
CONSULTAR URGENCIAS SOS (SE EDUCA SOBRE SIGNOS DE ALARMA)											
Nombre y Firma del Funcionario que atiende (DAU N° 14838183)											
RAFAEL BUITRAGO HOLMQUIST											
RUT: 18.839.355-4											
Firma: [Firma]											

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.