



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 12633648

P-K

| | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| ADMISSION: 03/11/2022 07:45 | INICIO DE ATENCION: 03/11/2022 08:55 | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS |
| NOMBRE: EMILY SOFÍA BRAVO CID | RUT: 26030302 - 3 | TELEFONO: 32195854 (CELULAR) |
| DIRECCION: LEON GALLO 1671 | PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |
| EDAD: 4 años 10 meses 27 días (07/12/2017) | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | PREVISION: FONASA - B |

SIGNOS VITALES

| | | |
|------------------------------|------------------|---------------|
| Hora : | 03/11/2022 07:51 | |
| Temperatura Axilar: | 36.1 [°C] | |
| Temperatura Rectal: | | |
| Presión Sistólica: | | |
| Presión Diastólica: | | |
| Frecuencia Cardíaca: | 110 [x] | |
| Frecuencia Respiratoria: | 22 [x] | |
| Saturimetría: | 100 [%] | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | |
| Hemoglucoest: | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I |
| Dolor, EVA: | 2 [x] | |
| Distresado: | NO | SI - NO |

Motivo de Consulta

FLUJO RESPIRATORIO

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

- ☐ 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

| DÍA | 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° 12633648)

0000 : OBS: HERPANGINA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Anamnesis e historia clínica

AM: -
QX: -
HOSP: -
MEDIC: -
ALERGIAS: -
VACUNAS: AL DÍA, COVID 1 DOSIS
CONTROLES: AL DÍA
MADRE NIEGA COVID, NIEGA CONTACTO RECIENTE
ASISTE A PREKINDER

MC: ES TRAÍDA POR MADRE POR PRESENTAR DESDE HACE 3 DIAS ODINOFAGIA, RINORREA HIALINA, TOS PRODUCTIVA, INAPETENCIA, HACE 2 DÍAS SE AGREGA FIEBRE HASTA 39°C MADRE MANEJA EN DOMICILIO CON IBUPROFENO ORAL DOSIS SUBTERAPEUTICA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS.

Procedimientos e indicaciones en box

PESO: 23 KG

EX FÍSICO: VIGIL, REACTIVO, ROSADO, TRANQUILA
PIEL: BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA
CABEZA: NORMOCRANEA, SIN ALTERACIONES
NARIZ RINORREA HIALINA +, FARINGE ERITEMATOSA CON LESIONES ERITEMATOSAS EN PALADAR BLANDO, AMIGDALAS HIPERTROFICAS, NO EXUDADO
CARDIO RR2TSS
PULM MP+ SRA, SIN RETRACCIONES
ABD BDI RHA+, NO PALPO MASAS NI VISCEROMEGALIAS
EE SIN ALTERACIONES

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control

Categorización Cierre Atención

C4