

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

P-K

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 12633648

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 Cardiaca:	110 [x]	
Frecuencia Respiratoria:	22 [x]	
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucolest:		
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

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>									
<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"/> 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	<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				<table border="1"> <tr> <td> </td> <td>:</td> <td> </td> </tr> </table>		:	
DIA	MES	AÑO										
	:											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>												
<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° 12633648)

0000 : OBS: HERPANGINA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Anamnesis e historia clínica

AM: -  
 QX: -  
 HOSP: -  
 MEDIC: -  
 ALERGIAS: -  
 VACUNAS: AL DIA, 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.

Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo
- Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
Sin control

Categorización Cierre Atención

C4

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