



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12681311

S<sup>o</sup> A

ADMISSION: 14/11/2022 19:54	INICIO DE ATENCION: 14/11/2022 23:44	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: AMAYA ELUNEY BARRA TEILLIER	RUT: 23759198 - 4	TELEFONO: 84166913 (CELULAR)
DIRECCION: FREIRE 906 SECTOR CENTRO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 11 años 1 meses 15 días (30/09/2011)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B

## SIGNOS VITALES

Hora :	14/11/2022 20:05
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]
Temperatura Rectal:	
Presión Sistólica:	
Presión Diastólica:	
Frecuencia Cardíaca:	90 [x]
Frecuencia Respiratoria:	
Saturometría:	99 [%]
Latidos Cardio - Fetales:	
Hemoglucotest:	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA A - V - D - I
Dolor, EVA:	
Distresado:	SI - NO SI - NO

## Motivo de Consulta

REF ODINOFAGIA MIALGIA TOS CON FLEMAS CONGESTION NASAL (DESDE EL MIERCOLES )

## 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	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada 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"/> 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><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO				<table><tr><td></td><td>:</td></tr></table>		:
DÍA	MES	AÑO									
	:										
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° 12681311)

J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

## Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

## Anamnesis e historia clínica

ASMA BRONQUIAL

RAM (-)

PESO: 39 KG 14/11/2022

PACIENTE QUE ES TRAIDA POR SU MAMA POR PRESNETAR DESDE LE DIA MIERCOLES TOS HUMEDA, FIEBRE, ODINOFAIGA, CEFALEA, NIEGA CONTACTOS POR COVID19, SIN OTROS INTOXICACIONES ASOCIADAS

EX.FISICO: BCG, AFEBRIL, HIDRATDA, EUEPNICA

RR2T SS, MV POSITIVA SA

ORL: ERITEMATOSA, SIN EXUDADO

GASLOW15/15 PTS

## Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo  
☐ Fallecido

## Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
Sin control

## Categorización Cierre Atención

C5

## Procedimientos e indicaciones en box

## Indicaciones al alta

- 1) RÉGIMEN LIVIANO + LÍQUIDOS ABUNDANTES Y CÍTRICOS
- 2) REPOSO RELATIVO EN CASA POR 7 DÍAS
- 3) SALBUTAMOL INHALADOR: 2 PUFF CADA 6 HORAS POR 5 DÍAS.
- 4) PARACETAMOL 500 MG TOMAR UN COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS LUEGO SOLOS SI HAY MALESTAR GENERAL.
- 5) RIGOTAX-D CAPS: TOMAR UNA CAPS CADA 12 HORAS POR 5 DÍAS. (COMPRAR).
- 6) CUIDADO PERSONAL, USO CORRECTO DE MASCARILLA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y MANTENER ESPACIOS VENTILADOS.
- 7) CONTROL EN SERVICIO DE URGENCIAS, SI APARECE COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL, DOLOR TORÁCICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR.

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12681311)

JOHALIVE MARI ROSA V. FERRER

Médico APS

R.U.T.: 20051380-9

RECETA DESPACHADA