



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12538402

ADMISION: 08/10/2022 17:51		INICIO DE ATENCION: 08/10/2022 18:01		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: ISIDORA BELEN PEÑA MARTINEZ		RUT: 25104687 - 5		TELEFONO: Sin informacion							
DIRECCION: LA QUEBRADA # 1718		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 7 años 1 meses 5 días (03/09/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A							
SIGNOS VITALES											
Hora :		08/10/2022 17:51									
Temperatura Axilar:		37 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		144 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		100 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		SI - NO		SI - NO							
Motivo de Consulta MADRE REFIERE FIEBRE (39.8 CUANTIFICADA EN HOGAR), TOS CON SECRECIONES Y RINORREA (1 DIA DE EVOLUCION)											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matrn(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="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td></td><td>:</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"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<input type="checkbox"/> Agresión sexual											
<input type="checkbox"/> Otro											
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° 12538402)											
J068 : (En estudio) FARINGOAMIGDALITIS											
Anamnesis e historia clínica											
SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA EN COMPAÑIA DE MADRE QUE REFIERE PRESENTAR DESDE HACE 2 DÍAS CON TOS MALESTAR GENERAL FIEBRE MAS DOLRO DE GARGANTA SE EVALÚA Y SE EVIDENCIA MURMULLO VESICULAR AUDIBLE SIN AGREGADOS CON FARINGE ENROJECIDA Y AMIGDALAS AUMENTADAS DE TAMAÑO SE INDICA TRATAMIENTO MEDICO Y EVALUACIÓN EN POLICLINICO											
Procedimientos e indicaciones en box											
AMOXICILINA 500 MG /5 ML 9.5 ML CADA 8 HORAS POR 7 DIAS											
PARACETMOL 800 MG 1 CADA 8 HORAS POR 5 DIAS											
Indicaciones al alta											
ABUNDANTE LIQUIDO EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA ACUDIR A PÓLCLINICO SOS REPOSO EN CASA POR 5 DIAS											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C2											
Condición del paciente al cierre de atención											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo											
<input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente											
Alta domicilio											
Sin control											
Categorización Cierre Atención											
C2											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12538402)											
ABRAHAM AMAYA THERAN MEDICO APS 25848972-1		JOSE LUIS CONSUEGRA THERAN MEDICO APS 25051187-6									

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.