



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 12542496

ADMISSION: 10/10/2022 07:01	INICIO DE ATENCION: 10/10/2022 07:21	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: ANTONIA PIA SOTO OLIVEROS	RUT: 25136139 - 8	TELEFONO: 78417103 (CELULAR)
DIRECCION: LAGO HERMOSO 451, LABRANZA	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 6 años 11 meses 19 días (21/10/2015)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D

SIGNOS VITALES

Hora :	10/10/2022 07:05	
Temperatura Axilar:	38.1 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	126 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

MAMÁ REF: HACE DOS DIAS CON FIEBRE, CEFALEA, ODINOFAGIA, TOS SECA

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matron(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta : INFANTIL

Atención Manifestación Social: NO
Tipo de Paciente: NO APLICAOrigen 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table><tr><td></td><td>:</td></tr></table>		:
DIA	MES	AÑO									
	:										

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° 12542496)

J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control

Categorización Cierre Atención

C5

Anamnesis e historia clínica

AM: NO REFIERE
QX: NO REFIERE
ALERGIAS: NO REFIERE
CONSULTA POR TOS, CORIZA, COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL, FIEBRE DESDE LA NOCHE.
AL EXAMEN
FEBRIL, HIDRATADA, VOR, BIEN PERFUNDIDA, EN BCG
OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL
FARINGE: ERITEMATOSA, CONGESTIVA, SIN EXUDADO NI DESCARGA POSTERIOR
PULMONAR: MP+SRA

Procedimientos e indicaciones en box

Reposo x 5 días

Indicaciones al alta

HIDRATACIÓN ABUNDANTE
PARACETAMOL 500 MG CADA 8 HORAS
IBUPROFENO 200/5 7 CC SI TEMPERATURA O DOLOR NO CEDE A PESAR DE PARACETAMOL
LORATADINA 1 AL DIA POR 5 DIAS
CONTROL EN SU POLICLINICO
URGENCIAS SOS.

38,5°C

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12542496)

MONICA ALEXSANDRA JIMENEZ SALINAS
MEDICO APS
17511805-5

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.