



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15516390

8-B

ADMISSION: 16/04/2025 21:57	INICIO DE ATENCION: 16/04/2025 22:14	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: LOURDES ISABEL MEZA MEZA	RUT: 23913303 - 7	TELEFONO: 65604538 (CELULAR)
DIRECCION: AVENIDA PULMAHUE N° 1235, PADRE LAS CASAS TEMUCO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 13 años 0 meses 19 días (28/03/2012)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A

SIGNOS VITALES

Hora:	16/04/2025 22:00	
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	88 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturimetría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:	0 [x]	
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

CUIDADORA REF TOS CON FLEMAS, DISNEA, CEFALEA, DOLOR DE ESPALDA. (PCTE ALDEAS SOS).

Observaciones Categorización

CUIDADORA REF TOS CON FLEMAS, DISNEA, CEFALEA, DOLOR DE ESPALDA. (PCTE ALDEAS SOS).

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matrn(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"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<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><th>Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td>:</td></tr></table>	Hora 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° 15516390)

J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Anamnesis e historia clínica

AM: NIEGA
HISTORIA: NO CONOCIDAS

TRAIDA POR CUIDADORA, REFIERE DESDE HACE 3 DIAS, CONGESTION NASAL, ACOMPAÑADO DE TOS, ODINOFAGIA, ESTORNUDOS, DOLOR PRECORDIA Y DORSAL ASOCIADO A LA TOS, SIN FIEBRE, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA

EX. FISICO
PESO: 53KG
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL AL TACTO, EUPNEICO, HIDRATADO, SIN ESTRIDOR, SIN TIRAJE
ORL: AMÍGDALAS SIN EXUDADO
CV: RR2T SIN SOPLOS
RESP: RUIDOS AUDIBLES SIN AGREGADOS
NEURO: CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control
Destino:
Fecha de Sin
Indicación Información.
Hospitalización:

Procedimientos e indicaciones en box

Categorización Cierre Atención

C5

Indicaciones al alta

PARACETAMOL 500MG, 1 COMP CADA 6 HORAS POR 3 DIAS
IBUPROFENO COMP 400MG, 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS
LORATADINA COMP 10MG, 1 POR NOCHE POR 5 NOCHES
CONTROL EN CONSULTORIO DE PERSISTIR SINTOMATOLOGIA
ACUDIR A URGENCIA EN CASO DE PRESENTAR:
-DIFICULTAD RESPIRATORIA NO ASOCIADA A CONGESTION NASAL
-HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS
-RESPIRACION RAPIDA Y SUPERFICIAL

REPOSO MEDICO POR 5 DIAS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15516390)