

7^o A.

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14879542

ADMISION: 02/10/2024 17:16		INICIO DE ATENCION: 02/10/2024 19:49		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE:	ISABELLA FERNANDA DANIELA CALABRANO RUIZ	RUT:	23938977 - 5	TELEFONO:	87065753 (CELULAR)
DIRECCION:	CALLE LYNCH N° 650, CENTRO	PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA:	TEMUCO	DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - D
EDAD:	12 años 4 meses 29 días (03/05/2012)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)		
SIGNOS VITALES					
Hora:	02/10/2024 17:51				
Temperatura Axilar:	37.3 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	95 [mmHg]				
Presión Diastólica:	64 [mmHg]				
Frecuencia Cardíaca:	99 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	98 [%]				
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	0 [x]				
Distresado:	NO	SI - NO			
Motivo de Consulta					
MADRE REF. TOS SECA, SENSACION FEBRIL Y DOLOR DE PECHO.					
Observaciones Categorización					
MADRE REF. TOS SECA, SENSACION FEBRIL Y DOLOR DE PECHO, ESCALOSFRIOS DESDE AYER.					
Funcionario Que Atiende					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matrón(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		DIA	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		MES	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante		Hora aproximada del hecho	
<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					
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio					
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto					
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción					
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami					
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° 14879542)					
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda					
CS					
Anamnesis e historia clínica					
AM: NO					
RAM: NO					
MAMA REFIERE 1 DIA DE TOS SECA, ODINOFAGIA, SENSACION FEBRIL, DOLOR TORACICO AL TOSER					
EX FISICO:					
PIEL Y MUCOSAS HIDRATADAS, BIEN PERFUNDIDA. LLENE CAPILAR <2 SEG					
MUCOSA ORAL SANA, FARINGE ROSADA, AMIGDALAS SIN EXUDADO.					
TORAX SIMETRICO SIN RETRACCION.					
CARDIACO: RR2T					
PULMONAR: MP (+), SRA					
Procedimientos e indicaciones en box					
Indicaciones al alta					
REPOSO EN CASA POR 5 DIAS					
NO SOBREALBRIGAR					
HIDRATACIÓN ABUNDANTE					
ASEO NASAL FRECUENTE					
PARACETAMOL 500 MG, 1 COMP Y MEDIO EN CASO DE DOLOR O FIEBRE SOBRE 38°C, MAXIMO CADA 6 HORAS					
IBUPROFENO 400 MG, 1 COMP EN CASO DE DOLOR O FIEBRE SOBRE 38°C QUE NO CEDE CON PARACETAMOL, MAXIMO CADA 8 HORAS					
****RECONSULTAR SOS EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HUNDIMIENTO DE PARTES BLANDAS, RESPIRACION RAPIDA, SONIDO DE PITO EN EL PECHO, TOS DE PERRO Y DISFONIA, FIEBRE QUE NO CEDE CON MEDICAMENTOS, EDUCO SIGNOS DE ALARMA****					
SI PERSISTEN SINTOMAS POR MAS DE 5 DIAS SOLICITAR CONTROL CON MEDICO GENERAL EN SU CESFAM					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14879542)					
VICTOR RAUL BASCUÑAN IGOR					
MEDICO APS					
18439360-3					

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.