

IA. ✓

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: PTO.SAAVEDRA HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 14385690

ADMISSION: 01/05/2024 14:53 INICIO DE ATENCION: 01/05/2024 15:00 MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS

NOMBRE: LISSELLOTT YEN ANTONELLA CARIQUEO PEÑA RUT: 23055085 - 9 TELEFONO: 36181993 (CELULAR)

DIRECCION: CALLE PATRICIO LYNCH N° 252, SAAVEDRA PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):

COMUNA: SAAVEDRA DECLARADO: MUJER PREVISION: FONASA - A

EDAD: 14 años 10 meses 24 días (07/06/2009) SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)

---

**SIGNOS VITALES**

Hora :	01/05/2024 14:54
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]
Temperatura Rectal:	
Presión Sistólica:	112 [mmHg]
Presión Diastólica:	69 [mmHg]
Frecuencia Cardíaca:	98 [x]
Frecuencia Respiratoria:	19 [x]
Saturometría:	99 [%]
Latidos Cardíaco - Fetales:	
Hemoglucolest:	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA A - V - D - I
Dolor, EVA:	
Distresado:	SI - NO SI - NO

**Motivo de Consulta**  
CONGESTION NASAL , TOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA.  
EL SABADO PASADO ACUDIO A URGENCIA PERO CONTINUA IGUAL

**Observaciones Categorización**  
CONGESTION NASAL , TOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA.  
EL SABADO PASADO ACUDIO A URGENCIA PERO CONTINUA IGUAL

**Funcionario Que Atiende**  
 Médico Tipo de Consulta : INFANTIL  
 Odontólogo  
 Matrón(a) Atención Manifestación Social: NO  
 Enfermero(a) Tipo de Paciente: NO APLICA  
 Técnico Paramédico  
 Kinesiólogo

**Origen de la Procedencia**  
DOMICILIO

**Otros Datos**  
\* NINGUNO

---

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

**Naturaleza del Hecho**

<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>						
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante	<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 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	<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>							
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones							
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)							
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)							
<input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)							
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios							
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio									
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto									
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción									
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami									

---

**Diagnóstico (DAU N° 14385690)**  
J209 : FARINGOBRONQUITIS

**Resultado aplicación protocolo selector de demanda**  
C5

**Anamnesis e historia clínica**  
SIN AM. ALERGIAS: (-)  
2º CONSULTA, PRIMERA SABADO 27/04 POR VIROSIS RESP ALTA, CON MANEJO SIMTOMATICO PADRE REFIERE PERMANECER CON MALESTAR GENERAL, TOS SECA EN ACCESOS, ODINOFAGIA, RINORREA Y PERCEPCION FEBRIL  
COMPAÑERAS DE INTERNADO SIMTOMATICAS RESP  
EXAMEN FÍSICO:  
AFEBRIL, NORMOTENSA, NORMOCÁRDICA, EUPNEICA, SATURA 99% AMBIENTAL  
SIN DISNEA, BIEN PERFUNDIDA  
FARINGE ERITEMATOSA, SIN EXUDADOS  
CARDIO RRZTSS. MP (+) RONCUS ESCASOS HACIA LAS BASES, SIN AGREGADOS

**Condición del paciente al cierre de atención**  
 Vivo  
 Fallecido

**Destino Inmediato del Paciente**  
Alta domicilio  
Sin control  
Destino:  
Fecha de Indicación Sin  
Hospitalización: Información.

**Categorización Cierre Atención**  
C4

---

**Procedimientos e Indicaciones en box**

---

**Indicaciones al alta**  
- REPOSO EN CASA HASTA MIERCOLES 8/05/2024  
- LIQUIDOS FRACCIONADOS  
- MIEL  
- CLARITROMICINA 500 MG CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS VÍA ORAL  
- BROMURO IPRATROPIO 2 PUFF CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS POR AEROCÁMARA VÍA INHALADA  
- PARACETAMOL 500 MG: 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS VÍA ORAL  
- KETOPROFENO 50 MG: 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS VÍA ORAL  
- URGENCIAS SOS EXPLICO SIGNOS DE ALARMA

---

**Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14385690)**  
MACARENA PAOLA LUCO VICENCIO  
MEDICO APS  
18141649-1  
Dra. Macarena Luco Vicencio  
Rut: 18.141.649-1  
Rol N°: 562630

LIAME A SALUD RESPONDE 600 369 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana. La Hipótesis diagnóstica o diagnóstico es provisional, 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.