



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14511602

FB

ADMISION: 04/06/2024 17:21	INICIO DE ATENCION: 04/06/2024 19:06	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: WAGLEN SAYEN CTRILAF CAYUNAO		RUT : 23777417 - 5	TELEFONO: 49643148 (CELULAR)	
DIRECCION: LAS ESPUELAS 01629 COMUNA: TEMUCO EDAD: 12 años 7 meses 15 dias (20/10/2011)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A	
SIGNS VITALES				
Hora :	04/06/2024 18:29			
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]			
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:				
Presión Diastólica:				
Frecuencia Cardiaca:	84 [x]			
Frecuencia Respiratoria:				
Saturometría:	98 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglucotest:				
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		
Dolor, EVA:				
Distresado:	NO	SI - NO		
Motivo de Consulta FIEBRE, TOS, DECAIDA, DOLOR DE GARGANTA; DESDE AYER				
Observaciones Categorización FIEBRE, TOS, DECAIDA, DOLOR DE GARGANTA; 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"/> 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"/> Corte-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			:		
DIA	MES	AÑO												
Hora aproximada del hecho														
:														
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 Nº 14511602) J029 : FARINGITIS AGUDA	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5
Anamnesis e historia clínica AM : NO ALERGIA: NO ACUDE POR DOLOR DE GARGANTA DECAIDA , CONGESTIÓN NASAL Y FIEBRE Y TOS DESDE AYER EX. FÍSICO AFEBRIL HIDRATADA FARINGE ERITEMATOSA SIN EXUDADO CARDIOPULMONAR: RRZT SS MP + SRH CON ODINOFAGIA Y MIALGIA	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box CLORFENAMINA 1 AMP IM BETAMETASONA 1 AMP IM	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.

Indicaciones al alta HIDRATACIÓN ABUNDANTE PARACETAMOL 1 COMP CADA 8 HRS X 3 DIAS IBUPROFENO 1 COMP CADA 8 HRS X 3 DIAS LORATADINA 1 COMP DIA X 7 DIAS PREDNISONA 1 COMP DIA X 5 DIAS COMPRAR MUXOL - OXOLAMINA TOMAR 10 ML CADA 8 HRS X 10 DIAS COMPRAR PROPOLIO SPARAY APLICAR 3 VECES EN GARGANTA EDSUO SIGNOS DE ALARMA CONSULTAR SOS	<i>Diceceia 8 días 5 días</i>
---	-------------------------------

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14511602) GLENDRY GUTIERREZ PULDO MEDICO AMP 270135123 03.013.514-5 Médico Chileno

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.