



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR QUEPE

NUMERO DE ATENCION: 15556141

ADMISSION: 29/04/2025 18:45		INICIO DE ATENCION: 29/04/2025 20:11		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: CONSTANZA ANAIS MARIN CORTEZ		RUT: 24696451 - 3	TELEFONO: 68314132 (CELULAR)								
DIRECCION: CALLE 21 DE MAYO N° 12, QUEPE		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
COMUNA: FREIRE		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A								
EDAD: 10 años 9 meses 3 días (26/07/2014)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora :	29/04/2025 18:46										
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	107 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	98 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO	SI - NO									
<b>Motivo de Consulta</b>		MADRE REFIERE TOS SECA , CONGESTION NASAL									
<b>Observaciones Categorización</b>		MADRE REFIERE TOS SECA , CONGESTION NASAL									
<b>Funcionario Que Atiende</b>		Tipo de Consulta : INFANTIL									
<input checked="" type="checkbox"/> Médico		Atención Manifestación Social: NO									
<input type="checkbox"/> Odontólogo		Tipo de Paciente: NO APLICA									
<input type="checkbox"/> Matrón(a)											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<b>Origen de la Procedencia</b>									
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo		DOMICILIO									
		<b>Otros Datos</b>									
		* NINGUNO									
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<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 laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="3"></td></tr></table>		Hora aproximada del hecho					
Hora aproximada del hecho											
<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									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frio									
<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											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>											
<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											
<b>Diagnóstico (DAU N° 15556141)</b>											
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)											
0000 : SOSPECHA DE HIPERTROFIA DE ADENOIDE											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
AM EN ESTUDIO DE ASMA											
ALERGIAS (-)											
PACIENTE TRAÍDO POR MADRE, POR PRESENTAR CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCIÓN, DE TOS CON EXPECTORACIÓN, SIN SENSACION FEBRIL SIN FIEBRE, ODINOFAGIA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, NI SIGNOS DE ALARMA SIN MAS SINTOMAS ASOCIADOS.											
MADRE REFIERE RESPIRACION BUCAL, RONCA EN LA NOCHE.											
AL EXAMEN FISICO LUCE EN BCG. MUCOSAS HUMEDAS. BIEN PERFUNDIDA. SIN ASPECTO TOXICO. CLOTE. G15.											
FARINGE NO CONGESTIVA. SIN LESIONES, AMIGDALAS SIN EXUDADO NI PLACAS.											
TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE. MP+. SRA, SIN USO MUSC. ACCESORIA. RR2T SS. RESTO DEL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES APARENTES.											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
<b>Indicaciones al alta</b>											
REPOSO POR 7 DIAS											
LIQUIDO ABUNDANTE											
ASEO NASAL FRECUENTE											
PARACETAMOL 500 MG: 1 COMP C/8HR SI FIEBRE > 38.5°C O MALESTAR GENERAL. (9)											
CLORFENAMINA 4 MG: 1 COMP AL DIA (NOCHE) POR 5 DIAS (5)											
IBUPROFENO 400MG: 1COMP C/8HR SOS DOLOR INTENSO O FIEBRE QUE NO CEDE CON PARACETAMOL. (9)											
CONTROL EN CONSULTORIO SI SINTOMAS PERSISTEN											
ACUDIR URGENCIA SOS. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15556141)</b>											
MIRNA MARIELETHS SOTO FRANCO											
MEDICO APS											
27104227-2											

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.