

4º A.



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15548906

ADMISION: 27/04/2025 17:51		INICIO DE ATENCION: 27/04/2025 18:05		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS													
NOMBRE: RAYEN ANTONIA IGNACIA MELIHUEN ABURTO		RUT :	25052976 - 7	TELEFONO:	38729728 (CELULAR)												
DIRECCION: AVENIDA CAUPOLICAN N° 1205, CENTRO COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):													
EDAD: 9 años 9 meses 4 dias (23/07/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION:	FONASA - B												
<b>SIGNS VITALES</b>																	
Hora :	27/04/2025 17:57																
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]																
Temperatura Rectal:																	
Presión Sistólica:																	
Presión Diastólica:																	
Frecuencia Cardíaca:	98 [x]																
Frecuencia Respiratoria:	18 [x]																
Saturometría:	100 [%]																
Latidos Cardio - Fetales:																	
Hemoglucotest:																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I															
Dolor, EVA:																	
Distresado:	NO	SI - NO															
<p><b>Motivo de Consulta</b> MADRE REF...TOS CON SECREC ASOCIADO A DOLOR DE PECHO, DISFAGIA, MIALGIAS, DOLOR ABD. EVO 2D NO SE PERCIBE APREMIO RESPIRATORIO.</p> <p><b>Observaciones Categorización</b> ANT ASMA PESO: 57 KGS</p> <p><b>Funcionario Que Atiende</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td>Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td>Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO</p> <p><b>Otros Datos</b> * NINGUNO</p>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																	
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>																	
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"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO												
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> </table>									Hora aproximada del hecho								
			Hora aproximada del hecho														
<p><b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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							
<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																	
<p><b>Diagnóstico (DAU N° 15548906)</b> J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)</p>																	
<p><b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> CS</p>																	
<p><b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido</p>																	
<p><b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.</p>																	
<p><b>Categorización Cierre Atención</b> CS</p>																	
<p><b>Anamnesis e historia clínica</b></p> <p>TRAIDA POR MADRE AM ASMA ALERGIAS NIEGA CX NIEGA CONTROLES Y VACUNAS AL DIA PESO 50</p> <p>CONSULTA POR CUADRO DE 2 DIAS DE EVOLUCIÓN DE TOS CON FLEMA, ODINOFAGINA, CONGESTION NASAL, SIN FIEBRE. SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA.</p> <p>EXAMEN FISICO: VIGIL, HIDRATADA Y BIEN PERFUNDIDA - FARINGE ERITEMATOSA SIN PLACAS DE PUS, SIN ADENOPATIAS - CARDIO RR2T NO AUSCULTO SOPLO - PULMONAR MP(+) SIMETRICO SIN RUIDOS AGREGADOS</p> <p><b>Procedimientos e indicaciones en box</b></p>																	
<p><b>Indicaciones al alta</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HIDRATACION ABUNDANTE, REGIMEN LIVIANO, REPOSO EN DOMICILIO POR 2-3 DIAS</li> <li>2. PARACETAMOL 500MG/1 COMP SOS MAX CADA 8 HRS</li> <li>3. IBUPROFENO 400MG/1 COMP SOS MAX CADA 8 HRS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE QUE NO CEDE CON PCT</li> <li>4. A URGENCIAS EN CASO DE SINTOMAS DE ALARMA</li> <li>5. CONTROL EN SU CONSULTORIO EN CASO DE EPERSISTENCIA DE SINOTMAS</li> </ol>																	
<p><b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15548906)</b></p> <p>ESTEBAN ENRIQUE PALET CORREA MEDICO APS 19304645-2</p>																	