



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

34

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14763721

ADMISSION: 30/08/2024 22:30	INICIO DE ATENCION: 30/08/2024 23:08	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: MASCHLI JARET TAPIA AVILA	RUT : 23439505 - K	TELEFONO: 95603919 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE VILUMILLA 2425 C COMUNA: PADRE LAS CASAS	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 13 años 11 meses 1 dias (29/09/2010)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION:	FONASA - A

## SIGNOS VITALES

Hora :	30/08/2024 22:44	
Temperatura Axilar:	39.1 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:	134 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Satometría:	100 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:	3 ['x]	
Distresado:	NO	SI - NO

## Motivo de Consulta

MADRE REFIERE SENSACION FEBRIL DESDE HOY.

## Observaciones Categorización

MADRE REFIERE SENSACION FEBRIL, VOMITOS Y MAREOS DESDE HOY.

## Funcionario Que Atiende

- Médico  
 Odontólogo  
 Matrón(a)  
 Enfermero(a)  
 Técnico Paramédico  
 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
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante
<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	

## Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

## Hora aproximada del hecho

:

## Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- Paciente sin lesiones  
 Leve (0 - 14 días)  
 Mediana Gravedad (15 - 29 días)  
 Grave (30 días o más)  
 Se requieren exámenes complementarios

## Diagnóstico (DAU Nº 14763721)

J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO  
N390 : INFECCION URINARIA

## Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

## Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo  
 Fallecido

## Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
Con indicación de tratamiento en su estab.Destino:  
Fecha de Indicación Sin  
Hospitalización: Información.

## Categorización Cierre Atención

C4

## Anamnesis e historia clínica

AM: NO REFIERE  
 ALERGIAS: NO REFIERE  
 QX: POLIDACTILIA  
 CONSULTA POR CUADRO DE 1 DIA DE EVOL DE FIEBRE, ODINOFAGIA, VOMITOS, POLOAQUIURIA. SIN DISURIA, SIN TENESMO, SIN TOS. REFIERE COMPAÑEROS DE CURSO ENFERMOS.

AL EXAMEN FISICO:  
 BCG: HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA  
 FARINGE: ERITEMATOSA, SIN PLACAS DE PUS  
 PULM: MP+, SRA  
 PUÑO PERCUSION NEGATIVA BILATERAL  
 ABD: BDI

## Procedimientos e indicaciones en box

SE TOMA S.O. BASICO: LEUC: +2, NIT: -, GR +2  
SE ENVIA MUESTRA A URCVVP  
ONDANSETRON 4MG/2ML AMP BOLO EV

SF 500CC + KETOROLACO 30MG/ML AMP+ METAMIZOL 1G/2ML AMP --&gt; RAM, CURSA CON HIPOTENSION Y PALIDEZ, SE SUSPENDE TTO A LOS 250 CC

SF 500CC SOLO CON APURADOR  
KETOROLACO 30MG/ML AMP BOLO EV

## Indicaciones al alta

REPOSO MEDICO POR 5 DIAS

RESPECTO A GRIPE:  
 ASEO NASAL FRECUENTE  
 LIQUIDO ABUNDANTE  
 PARACETAMOL 500MG 2 COMP CADA 6 HRS POR 3 DIAS  
 IBUPROFENO 400MG 1 COMP CADA 6 HRS POR 3 DIAS  
 LORATADINA 10MG 1 COMP POR NOCHE POR 3 DIAS  
 CONTROL SOS EN URGENCIAS EN CASO DE FIEBRE PERSISTENTE, DIFICULTAD RESPIRATORIA, COLORACION AZULADA DE PIEL O MUCOSAS O EN CASO DE SER NECESARIO  
 EN CASO DE PERSISTENCIA DE SINTOMAS CONTROL POR SU CESFAM RESPECTIVO

RESPECTO A INFECCION URINARIA:  
 CONSUMIR ABUNDANTE LIQUIDO ORAL (2 A 4 LITROS) CADA DIA.  
 CEFADROXILO 500MG 1 COMP CADA 12 HRS POR 5 DIAS  
 NO BEBA LIQUIDOS QUE IRRITEN LA VEJIGA, COMO EL ALCOHOL Y LA CAFEINA.  
 LIMPIARSE DE ADELANTE HACIA ATRÁS DESPUÉS DE USAR EL BAÑO.  
 EVITAR LOS PANTALONES APRETADOS. USE ROPA INTERIOR Y PANTIMEDIAS DE TELA DE ALGODÓN Y CÁMBIENLOS AL MENOS UNA VEZ AL DÍA.