



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14804347

ADMISION: 11/09/2024 17:00		INICIO DE ATENCION: 11/09/2024 17:21		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: CATHALINA IGNACIA FAUNDEZ NAHUELÑIR		RUT: 24798582 - 4		TELEFONO: 64574712 (CELULAR)							
DIRECCION: CAMINO NIAGARA KLM 13		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - C							
EDAD: 9 años 9 meses 25 días (17/11/2014)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
SIGNOS VITALES											
Hora:	11/09/2024 17:06	11/09/2024 17:53									
Temperatura Axilar:	38.9 [°C]	36.8 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	117 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	97 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO	SI - NO									
Motivo de Consulta											
MAMA REFIERE CONGESTION NASAL, SENSACIÓN FEBRIL, DOLOR MUSCULAR, OTALGIA BILATERAL. INSCRITA EN BARROSO											
Observaciones Categorización											
MAMA REFIERE CONGESTION NASAL, SENSACIÓN FEBRIL, DOLOR MUSCULAR, OTALGIA BILATERAL. INSCRITA EN BARROSO											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico			Tipo de Consulta: INFANTIL								
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matró(a)			Atención Manifestación Social: NO								
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			Tipo de Paciente: NO APLICA								
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
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"/> 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"/> Frío									
<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											
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 N° 14804347)											
J029 : FARINGITIS											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C4											
Anamnesis e historia clínica											
ANTECEDENTE PERSONAL; NIEGA ANTECEDENTE QX; NIEGA RAM AMOXICILINA CONSULTA POR CUADRO DE TOS HUMEDA, ODINOFAGIA, MIALGIA, CONGESTIÓN NASAL, CEFALEA FIEBRE CUANTIFICADA 38.9 HACE DE EVOLUCIÓN, NIEGA OTRO SÍNTOMA AL EXAMEN FÍSICO CARDÍACO CONSERVADO, PULMONAR MP+ SIN AGREGADO, FARINGE CONGESTIVA ERITEMATOSA Y AMÍGDALE DE ASPECTO NORMAL, CEA PERMEABLE											
Procedimientos e indicaciones en box											
IBUPROFENO 8.5 ML											
Indicaciones al alta											
REPOSO POR 3 DIAS IBUPROFENO 8,5 ML CADA 8 HRS POR 5N DIAS CLORFENAMINA 1 COMP CADA 8 HRS POR 5 DIAS CEFADROXILO 10 ML CADA 12 HRS POR 7 DIAS CONTROL ALPOLI											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14804347)											
VLADIMYR DECEIDE DECEIDE MEDICO APS 26864778-3											

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.