

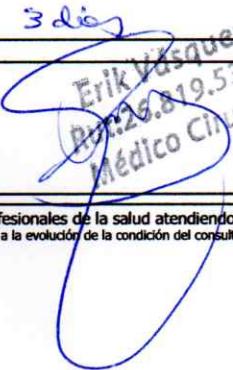


FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LAUTARO

NUMERO DE ATENCION: 12616656

J.B

ADMISION: 29/10/2022 20:52		INICIO DE ATENCION: 30/10/2022 00:15		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MAYRA IGNACIA RUBILAR YAÑEZ		RUT:	22256757 - 2	TELEFONO:	79900810 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE MANUEL RODRIGUEZ N° 420		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 15 años 11 meses 21 dias (08/11/2006)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A
SÍGNOS VITALES					
Hora :	29/10/2022 21:00				
Temperatura Axilar:	37.6 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	122 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:	20 ['x]				
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	4 ['x]				
Distresado:	SI - NO	SI - NO			
Motivo de Consulta MADRE REF. DOLOR DE CUERPO EN GENERAL, FIEBRE MAS DOLOR DE GARGANTA					
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"/> 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO
					:
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 12616656) J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5					
Anamnesis e historia clínica					
SE TRATA DE PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTE QUIEN REFIERE INICIO DE EA 2 DIAS CARACTERIZADO POR MALESTAR GENERAL , TOS SECA , DOLOR TORÁCICO, CEFALAEA ODINOFAGIA CONGESTION NASAL MOTIVO POR EL CUAL SE VALORA AL EXAMEN FÍSICO EN CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLE AFEBRIL , HIDRATADA , RINORREA HIALINA CARDIOPULMONAR ESTABLE SIN AGREGADOS EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA NEUROLOGICO CONSERVADO					
Procedimientos e indicaciones en box					
KETOROLACO 1 AMP IM STAT					
Indicaciones al alta					
IBUPROFENO 1 COMP VO CADA 8 HORAS X 3 DIAS PARACETAMOL 1 COMP VO CADA 6 HORAS X 3 DIAS LORATADINA 1 COMP VO DIARIO X 3 DIAS SIGNOS DE ALARMA - reposo absoluto x 3 dias					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12616656)					
 ERIK LUIS VASQUEZ PEREZ MEDICO APS 26819534-3					

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.