



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU VILLA ALEGRE

NUMERO DE ATENCION: 14385802

ADMISION: 01/05/2024 15:17		INICIO DE ATENCION: 01/05/2024 17:12		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ISIDORA PAZ OJEDA CANTERO		RUT : 25780259 - 0		TELEFONO: 78932946 (CELULAR)	
DIRECCION: RIOQUINO 660		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 6 años 11 meses 8 días (23/05/2017)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES

Hora :	01/05/2024 15:45	
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	108 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

FIEBRE TOS CONGESTION 2DA CONSULTA

Observaciones Categorización

FIEBRE TOS CONGESTION 2DA CONSULTA

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 <div><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</div>	Elemento Causante <div><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</div>	Fecha Aproximada del Hecho <table border="1" style="width:100%"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> <div>Hora aproximada del hecho<div>:</div></div>	DIA	MES	AÑO				Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <div><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</div>
DIA	MES	AÑO							

Diagnóstico (DAU N° 14385802)

J029 : FARINGITIS AGUDA

Anamnesis e historia clínica

MADRE REFIERE HACE 7 DIAS ALZA TERMICA DE HASTA 39 GRADOS CENTIGRADOS ODINOFAGIA CEFALEA MIALGIAS Y TOS

PACIENTE EN BSCSGS, EUPNEICA, HIDRATADA, AFEBRIL, FARINGE HIPEREMICA, EXUDADOS IMPRESIONA ESCASOS C/P: MV (+) EN AMBOS HEMITÁ"RAX, SRA. RSCRS S/S NI GALOPE.
EXTREMIDADES: SIMÁ%TRICAS, EUTRÁ"FICAS SIN EDEMA.
NEUROLÁ"GICO: CONSCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

CEFADROXILO: 9 ML CADA 12 HRS POR 7 DIAS
IBUPROFENO: 7.7 ML CADA 8 HRS SOS FIEBRE
ABUNDANTES LIQUIDOS
REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS
SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES
ACUDIR A URGENCIAS SOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14385802)

JOSE JUAN MONTSERRAT PEREZ
MEDICO APS
27143411-1

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control
Destino:
Fecha de Indicación
Hospitalización: Sin Información.

Categorización Cierre Atención

C5