

PA.

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14946570

ADMISION: 20/10/2024 21:18		INICIO DE ATENCION: 20/10/2024 21:53		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MARIA IGNACIA BRANDT RIVAS		RUT: 26159221 - 5		TELEFONO: 62240367 (CELULAR)	
DIRECCION: PASAJE DON FELIPE N° 3020, VILLA DON JUAQUIN TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 6 años 7 meses 13 días (07/03/2018)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B	
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora: 20/10/2024 21:24					
Temperatura Axilar: 36.8 [°C]					
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca: 105 [x]					
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría: 98 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI): A - V - D - I		A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado: SI - NO		SI - NO			
<b>Motivo de Consulta</b>					
TOS MUCOSIDAD ODINOFAGIA INICIO DE SINTOMAS DESDE HACE 2 DIAS CESFAM SANTA ROSA					
<b>Observaciones Categorización</b>					
TOS MUCOSIDAD ODINOFAGIA INICIO DE SINTOMAS DESDE HACE 2 DIAS CESFAM SANTA ROSA					
<b>Funcionario Que Atiende</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matron(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					
<b>Origen de la Procedencia</b>					
DOMICILIO					
<b>Otros Datos</b>					
* NINGUNO					
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>					
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<b>DIA</b> <b>MES</b> <b>AÑO</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<b>Hora aproximada del hecho</b>	
<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					
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>					
<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					
<b>Diagnóstico (DAU N° 14946570)</b>					
J029 : FARINGITIS AGUDA					
<b>Anamnesis e historia clínica</b>					
ANTECEDENTE PERSONAL: NIEGA					
ANTECEDENTE QX: NIEGA					
RAM NIEGA					
CONSULTA POR CUADRO DE TOS HUMEDA, ODINOFAGIA, CONGESTIÓN NASAL, HACE 2DIAS DE EVOLUCIÓN, NIEGA OTRO SÍNTOMA AL EXAMEN FÍSICO PULMONAR MP+ SIN AGREGADO, CARDIACO CONSERVADO, FARINGE CONGESTIVA ERITEMATOSA Y AMÍGDALA EDEMATOSA SIN EXUDADO, CAE PERMEABLE					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>					
<b>Indicaciones al alta</b>					
REPOSO POR 3 DIAS					
AMOXICILINA 6,2 ML CADA 8 HRS POR 7 DIAS					
DESFLORATADINA 1 COMP CADA 24 HRS POR 5 DIAS					
IBUPROFENO 6,2ML CADA 8 HRS POR 5DIAS					
CONTROL AL POLI					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14946570)</b>					
VLADIMYR DECEIDE DECEIDE					
MEDICO APS					
26864778-3					
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>					
CS					
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo					
<input type="checkbox"/> Fallecido					
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>					
Alta domicilio					
Sin control					
Destino:					
Fecha de Sin					
Indicación Información.					
Hospitalización:					
<b>Categorización Cierre Atención</b>					
CS					

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.