



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14649888

Handwritten signature

ADMISION: 26/07/2024 20:24		INICIO DE ATENCION: 26/07/2024 20:31		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS			
NOMBRE:	ISIDORA MILLARAY FERNANDEZ NAHUELÑIR	RUT :	26543298 - 0	TELEFONO:	78370933 (CELULAR)		
DIRECCION:	CALLE CAMINO NIAGARA	PUEBLO ORIGINARIO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):			
COMUNA:	PADRE LAS CASAS	DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - B		
EDAD:	5 años 9 meses 0 días (26/10/2018)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)				
SIGNOS VITALES							
Hora :	26/07/2024 20:26	26/07/2024 20:29	Motivo de Consulta DOLOR DE GARGANTA , CONGESTIÓN NASAL , DOLOR DE OÍDO DERECHO , TOS SECA PESO : 35KL				
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]						
Temperatura Rectal:							
Presión Sistólica:							
Presión Diastólica:							
Frecuencia Cardíaca:	130 [x]						
Frecuencia Respiratoria:							
Saturometría:	99 [%]						
Latidos Cardio - Fetales:							
Hemoglucotest:							
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA	Observaciones Categorización DOLOR DE GARGANTA , CONGESTIÓN NASAL , DOLOR DE OÍDO DERECHO , TOS SECA PESO : 35KL				
Dolor, EVA:							
Distresado:	NO	NO					
Funcionario Que Atiende						Tipo de Consulta : INFANTIL	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico						Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA	
<input type="checkbox"/> Odontólogo							
<input type="checkbox"/> Matrán(a)							
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)							
<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	Hora 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"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<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	<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>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%"><tr><th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>	Hora aproximada del hecho			
DIA	MES	AÑO											
Hora aproximada del hecho													
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° 14649888)
J068 : (En estudio) FARINGOAMIGDALITIS

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 Sin
Hospitalización: Información.

Anamnesis e historia clínica
-MADRE REFIERE 3 DIAS DE EVOLUCIÓN, CONGESTIÓN NASAL, ODINOFAGIA INTENSA, TOS SECA, EN TRATAMIENTO CON SBT 2 PUFF CADA 6 HORAS.
-RAM: NIEGA
-AM: ASMA BRONQUIAL MODERADO
AL EXAMEN FÍSICO
OROFARINGE: CONGESTIVA, CON PLACAS BILATERAL.
AP REPS: MP+ BILATERAL. SRA

Procedimientos e indicaciones en box
PESO: 35

Categorización Cierre Atención

C5

Indicaciones al alta
- CONTROL SOS
- REPOSO POR 4 DIAS
- AMOXICILINA500/5ML, 6ML CADA 8 HORAS X 7 DIAS
- PREDNISONA 5MG, 1 CADA 8 HORAS X 3 DIAS
- IBUPROFENO 200/5ML, 7ML CADA 8 HORAS X 3 DIAS
- SI PRESENTA FIEBRE MAYOR O IGUAL 38,5°C, DICLOFENACO EN SUPOSITARIO