



## FORMULARIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14649888

K/...

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		TELÉFONO: 78370933 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE CAMINO NIAGARA COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 5 años 9 meses 0 dias (26/10/2018)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B	
<b>SÍGNOS VITALES</b>					
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]		Observaciones Categorización DOLOR DE GARGANTA , CONGESTIÓN NASAL , DOLOR DE OÍDO DERECHO , TOS SECA PESO : 35KL		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	130 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometria:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA	Funcionario Que Atiende		
Dolor, EVA:			Tipo de Consulta : INFANTIL		
Distresado:	NO	NO	Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA		
Origen de la Procedencia DOMICILIO					
Otros Datos * 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"/> 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b> :
<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 Nº 14649888)</b>					
J06B : (En estudio) FARINGOAMIGDALITIS					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5					
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido					
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.					
Categorización Cierre Atención C5					
<b>Indicaciones al alta</b>					
- CONTROL SOS - <b>REPOSO POR 4 DIAS</b> - 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 SUPOSITORIO					