

Bater Aniñir 2-23



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

2B

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14639703

ADMISSION: 23/07/2024 15:35	INICIO DE ATENCION: 23/07/2024 15:39	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: JOSEFA IGNACIA BAFER ANIÑIR	RUT : 25523368 - 8	TELEFONO: 68315661 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE RIO RIÑIHUE 195 PARQUE COMUNA: PILMAIQUE PADRE LAS CASAS	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 7 años 10 meses 0 días (23/09/2016)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION:		FONASA - D
SIGNS VITALES				
Hora : 23/07/2024 15:36	Temperatura Axilar: 38.4 [°C]			
Presión Sistólica:	Presión Diastólica:			
Frecuencia Cardiaca: 172 ['x]	Frecuencia Respiratoria:			
Saturometría: 100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:			
Hemoglucotest:	Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I		
Dolor, EVA: 1 ['x]	Distresado: NO	SI - NO		
Motivo de Consulta MADRE REFIERE FIEBRE, CONGESTION NASAL				
Observaciones Categorización MADRE REFIERE FIEBRE, CONGESTION NASAL				
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	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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				:
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 14639703) J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4
---	---

Anamnesis e historia clínica CONTEXTO TEA AM: (-) ALERGIAS: (-) QX: (-) HOSP: (-) PESO: 39,9 KG ACOMPAÑADA POR MADRE CUADRO DE 1 DIA DE EVOL DE FIEBRE, DECAIMIENTO, CONGESTION NASAL. PREVIAMENTE CON CUADRO CONGESTIVO DE 1 SEM. AL EXAMEN FISICO: BCG. HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA, ACTIVA, COOPERADORA, LLANTO VIGOROSO FARINGE: ERITEMATOSA, SIN PLACAS DE PUS PULM: MP+, SRA	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
---	---

Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
---	---

Indicaciones al alta REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DÍAS LÍQUIDO ABUNDANTE ASEO NASAL FRECUENTE IDEALMENTE CON FISIOLIMP (O SIMILAR) PARACETAMOL 500MG 1 COMP CADA 6 HRS POR 5 DIAS DICLOFENACO 50MG 1/2 COMP CADA 6 HRS EN CASO DE FIEBRE PERSISTENTE A USO DE PARACETAMOL O INTOLERANCIA A PARACETAMOL LORATADINA 10MG 1 COMP POR NOCHE POR 5 DIAS CONTROL SOS EN URGENCIAS EN CASO DE FIEBRE PERSISTENTE, DIFICULTAD RESPIRATORIA, COLORACION AZULADA DE PIEL O MUCOSAS O EN CASO DE SER NECESARIO EN CASO DE PERSISTENCIA DE SINTOMAS CONTROL POR SU CESFAM RESPECTIVO	Categorización Cierre Atención C4
---	---

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14639703)
