



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14431812

11 B

| | | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| ADMISSION: 14/05/2024 07:56 | INICIO DE ATENCION: 14/05/2024 08:59 | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | | |
| NOMBRE: GIANINA ROSITA ALEJANDRA CARCAMO ALVARADO | RUT : 22865866 - 9 | TELEFONO: 71777293 (CELULAR) | | |
| DIRECCION: CALLE UCRANIA 720 S/N COMUNA: PADRE LAS CASAS | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | |
| EDAD: 15 años 6 meses 5 dias (09/11/2008) | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | PREVISION: FONASA - A | | |

SIGNOS VITALES

| | | |
|------------------------------|------------------|---------------|
| Hora : | 14/05/2024 08:06 | |
| Temperatura Axilar: | 37.8 [°C] | |
| Temperatura Rectal: | | |
| Presión Sistólica: | 106 [mmHg] | |
| Presión Diastólica: | 77 [mmHg] | |
| Frecuencia Cardiaca: | 117 ['x] | |
| Frecuencia Respiratoria: | | |
| Saturometría: | 99 [%] | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | |
| Hemoglucotest: | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I |
| Dolor, EVA: | | |
| Distresado: | SI - NO | SI - NO |

Motivo de Consulta

REF FIEBRE TOS DOLOR MUSCULAR CONGESTION NASAL 1 DIA DE EV

Observaciones Categorización

REF FIEBRE TOS DOLOR MUSCULAR CONGESTION NASAL 1 DIA DE EV

Funcionario Que Atiende

- Médico
 Odontólogo
 Matrón(a)
 Enfermero(a)
 Técnico Paramédico
 Kinesiólogo

Tipo de Consulta : ADULTO

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 | | | | | | |
|--|---|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| <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"/> Frio <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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Hora aproximada del hecho : </div> | DIA | MES | AÑO | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- Paciente sin lesiones
 Leve (0 - 14 días)
 Mediana Gravedad (15 - 29 días)
 Grave (30 días o más)
 Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU Nº 14431812)

J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Anamnesis e historia clínica

FEMENINO DE 15 AÑOS DE EDAD, ACUDE CON CLINICA DE TOS CON MIALGIA RINORREA CONGESTION NASAL Y MALESTAR GENERAL DESDE HACE APROX 1 DIA POR LO QUE ACUDE A ESTE CENTRO DONDE SE EVALUA Y SE TRATA

AM: (-) | ALERGIA:(-) | QX:(-) | VACUNAS: PNI AL DIA DOSIS (0) DOSIS DE COVID | PESO: 52 KG

EXAMEN FÍSICO

PACIENTE HDN ESTABLE CON BUENA COLORACIÓN CUTÁNEO MUCOSA, LLENE CAPILAR <2 SEG. ORL: CON ERITEMA DE MUCOSA NASAL Y ORAL, RINORREA ABUNDANTE CON AMÍGDALAS SIN EXUDADO CARDIOVASCULAR: RR2T SIN SOPLOS, RESP: RUIDOS AUDIBLES SIN AGREGADOS

Procedimientos e indicaciones en box

EVALUACION Y TTO••

✓ DICLOFENACO AMP 75 MG| IM

Condición del paciente al cierre de atención

- Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

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

Indicaciones al alta

EDUCACIÓN EN SIGNOS DE ALARMA COMO, FIEBRE POR MÁS DE 48H, TOS FRECUENTE E INTENSA, QUEJIDO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, AUMENTO DE FRECUENCIA RESPIRATORIA, DECAIMIENTO, COLORACIÓN MORADA O AZUL O CONVULSIÓN MEDIDAS GENERALES

PARACETAMOL COMP 500 MG 1 CDA 6 HORAS POR 3 DIAS

IBUPROFENO 400 MG 1 CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

LORATADINA COMP 10 MG 1 NOCHE POR 5 DIAS

TOCEX JABE 8 ML CADA 8 HRAS POR 3 DIAS

ACUDIR A CONTROL EN CESFM

CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTENCIA DE SINTOMAS O A URGENCIA EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA

PREVENIR CONTAGIO DE INFECCIONES

ALIMENTACIÓN COMPLETA. ABUNDANTES LIQUIDOS, REGIMEN LIVIANO Y FRACCIONADO

REPOSO MEDICO POR 3 DIAS

CONTROL DE TEMPERATURA AXILAR(TAX) FRECUENTE/ EVITAR SOBREABRIGO

MEDIDAS ANTITÉRMICAS/BAÑOS O BAÑOS CON AGUA TIBIA, SITIUM, SITIUM

Categorización Cierre Atención

C5