



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR CHOL CHOL

NUMERO DE ATENCION: 14635603

8-B

ADMISSION: 22/07/2024 10:53		INICIO DE ATENCION: 22/07/2024 11:43		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE:	ANTONELLA ANDREA ANDRADE TOLEDO	RUT:	23481110 - K	TELEFONO:	78438244 (CELULAR)
DIRECCION:	SECTOR LOS LINGUES	PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA:	CUNCO	DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - A
EDAD:	13 años 8 meses 20 días (02/11/2010)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)		
SIGNOS VITALES					
Hora:	22/07/2024 10:54				
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	76 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	100 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	SI - NO	SI - NO			
Motivo de Consulta ODINOFAGIA, CONGESTION NASAL, TOS SECA 3 DIAS DE EVOLUCION, FIEBRE DURANTE LA NOCHE					
Observaciones Categorización ODINOFAGIA, CONGESTION NASAL, TOS SECA 3 DIAS DE EVOLUCION, FIEBRE DURANTE LA NOCHE					
Funcionario Que Atiende					
<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					
Origen de la Procedencia					
<input type="checkbox"/> 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"/> Contundente		DÍA	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		MES	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante		Hora aproximada del hecho	
<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					
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° 14635603)					
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda					
C5					
Anamnesis e historia clínica					
PACIENTE ACUDE CON MADRE A URGENCIA POR PRESENTAR DOLOR DE GARGANTA ACOMPAÑADO DE CONGESTION NASAL Y TOS FIEBRE					
AM NO REF					
RAM NO REF					
EX FISICO					
PACIENTE B.C.G HIDRATADA					
BUCAL SE EVIDENCIA FARINGE CON ERITEMAS SIN EXUDADOS					
AUS AGG EN AMBOS HEMITORAX					
Destino Inmediato del Paciente					
Alta domicilio					
Sin control					
Destino:					
Fecha de Indicación Sin					
Hospitalización: Información.					
Procedimientos e indicaciones en box					
EX FISICO					
CSV					
Indicaciones al alta					
PARACETAMOL 1 CADA 8H POR 3 DIAS					
DESLOXATADINA 1 CADA 12H POR 3 DIAS					
BUENA HIDRATACION					
EVITAR CAMBIOS DE TEMP					
SOS URGENCIA					
REPOSO 4 DIAS					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14635603)					
VICTOR ALFONZO ESPIN RIVERO					
MEDICO APS					
26342403-4					

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.