

Rodríguez Reyes 3- R²



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

K/0

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 15468548

ADMISION: 01/04/2025 17:36	INICIO DE ATENCION: 01/04/2025 18:37	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: TRINIDAD ISIDORA RODRÍGUEZ REYES		RUT : 27080940 - 5	TELEFONO: 75408517 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE LA BARRA N° 1971, SAN ANTONIO		PUEBLO ORIGINARIO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		
EDAD: 5 años 4 meses 20 dias (12/11/2019)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D	
SÍGNOS VITIALES				
Hora :	01/04/2025 18:30			
Temperatura Axilar:	37 [°C]			
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:				
Presión Diastólica:				
Frecuencia Cardiaca:	110 ['x]			
Frecuencia Respiratoria:				
Saturometría:	97 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglucotest:				
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I		
Dolor, EVA:				
Distresado:	SI - NO	SI - NO		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Motivo de Consulta REF. FIEBRE 39°C, TOS, SENASACION DE PECHO APRETADO (CSF. MIRAFLORES) </div> <div style="flex: 1;"> Observaciones Categorización REF. FIEBRE 39°C, TOS, SENASACION DE PECHO APRETADO (CSF. MIRAFLORES) </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> 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 </div> <div style="flex: 1;"> Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Origen de la Procedencia DOMICILIO </div> <div style="flex: 1;"> Otros Datos * NINGUNO </div> </div>				

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"> <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 N° 15468548)

300X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

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.

Categorización Cierre Atención

C5

Anamnesis e historia clínica

PACIENTE TRAIDA POR SU MADRE POR PRESENTAR ODINOFAGIA, DOLOR EN EL CUERPO, TOS SECA, CONGESTIÓN NASAL, RINORREA Y FIEBRE EN 39°C 1 EPISODIO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN.

AM: NIEGA
RAM: NIEGA
PESO 18KG

BCG, EUPNEICA, AFEBRIL, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE, HIDRATADA, VIGIL, ACTIVA, COLABORADORA, RISUEÑA

ORL: MUCOSA ORAL HÚMEDA, FARINGE ERITEMATOSA, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN PLACAS DE PUS.

OTOSCOPIA: CAE PERMEABLE SIN ALTERACIONES, MT INDEMNES.

CARDIOP: TORAX SIMÉTRICO, EXPANSIBLE, MV+ SIN AGREGADOS, RR2T SIN SOPLOS

RESTO IMPRESIONA NORMAL

Procedimientos e indicaciones en box

EXAMEN FISICO

Indicaciones al alta

ASEO NASAL FRECUENTE
PARACETAMOL 56 GOTAS C/6H POR 3 DÍAS
IBUPROFENO 200MG/5ML DAR 4ML C/8 HRS X 3 DIAS
CLORFENAMINA 4 MG 0.5COMP C/12 HRS X 3 DIAS
CONTROL MEDICO EN CESFAM SI PERSISTEN LOS SINTOMAS
SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA Y MEDIDAS GENERALES
TOMAR ABUNDANTE LÍQUIDO
ACUDIR A URGENCIA SOS

Reposo, pn 3 dia

Genesis Petrucci
Rut: 28.195.953-0
Médico Cirujano

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15468548)