



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKEWE-PELALE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 14729450

60B. ✓

ADMISSION: 21/08/2024 10:45		INICIO DE ATENCION: 21/08/2024 12:02		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE:	ARIELA HUINCA MARIN	RUT :	24262413 - 0	TELEFONO:	48890922 (CELULAR)						
DIRECCION:	MILLELCHÉ KM-6.5 PARADERO LAS NOVIAS, SECTOR RINCONADA, COM. JUAN ANTIMAN FREIRE	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD:	11 años 3 meses 26 días (26/04/2013)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A						
SIGNOS VITALES											
Hora :	21/08/2024 10:47										
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	113 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturimetría:	98 [%]										
Latidos Cardíaco - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
Motivo de Consulta TOS SECA, CEFALEA, MIALGIA											
Observaciones Categorización TOS SECA, CEFALEA, MIALGIA											
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											
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		<table border="1"><thead><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="2">:</td></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2"></td></tr></tbody></table>		Hora aproximada del hecho		:			
Hora aproximada del hecho											
:											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<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"/> Frio									
<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° 14729450)											
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA											
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											
Hospitalización:											
Sin Información.											
Categorización Cierre Atención											
C5											
Anamnesis e historia clínica											
AM:NIEGA RAM:NIEGA PESO:34KG ESCOLAR TRAÍDA POR HERMANA REFIERE TOS SECA, CEFALEA REGIÓN FRONTAL, MIALGIA DE EVOLUCIÓN.NIEGA OTRO SINTOMATOLOGIA. AL EXAMEN FÍSICO : BCG, HIDRATADA, AFEBRIL, EUPNEICA, ORL: FARINGE ERITEMATOSA SIN EXUDADOS CP: MP+ SIN AGREGADOS // RR2TNS ABD: RHA+ BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO EETI: SIMÉTRICAS SIN EDEMA NEURO: INDEMNE											
Procedimientos e indicaciones en box											
Indicaciones al alta											
MEDIDAS GENERALES REPOSOS RELATIVO POR 4DÍAS IBUPROFENO 0.5 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS PREDNISONAS MG 1 COMP CADA 12 HORAS POR 3 DÍAS DESLOXATADIONA 0.5COMP CADA 12 HORAS POR 3 DÍAS AMBROXOL JARABE 2.5 ML CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS PARACETAMOL 0.5 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS CONTROL EN POLI PARA SU SEGUIMIENTO CONTROL URGENBIA SOS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14729450)											
ANGELITA PHILOGENE NULL MÉDICO APS 28730544-7											

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.