



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14950276

70B

ADMISION: 21/10/2024 19:25		INICIO DE ATENCION: 22/10/2024 00:40		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: WAGLEN SAYEN CATRILAF CAYUNAO		RUT : 23777417 - 5		TELEFONO: 95801267 (CELULAR)							
DIRECCION: PASAJE SORATA 0675 NEVADOS ANDINOS, COMUNA: TEMUCO, IX REGION ARAUCANIA		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 13 años 0 meses 1 días (20/10/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A							
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora :		21/10/2024 20:13									
Temperatura Axilar:		36.2 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		87 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		97 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		NO		SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b> DOLOR DE GARGANTA Y DECAÍDA											
<b>Observaciones Categorización</b> DOLOR DE GARGANTA Y DECAÍDA FIEBRE											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matró(a)											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL											
<b>Atención Manifestación Social:</b> NO											
<b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA											
<b>Origen de la Procedencia</b> SAR PEDRO DE VALDIVIA											
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO											
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></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"/> 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											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>											
<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											
<b>Diagnóstico (DAU N° 14950276)</b>											
J069 : (En estudio) VIROSIS RESPIRATORIA ALTA											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
ACUDE POR PRESENTAR ALESTAR GENERAL DESDE EL SABADO CON SENSACIÓN DE PUNTADAS EN EL CUERPO, MALESTAR DE GARGANTA Y MUCHA TOS. AM: NIEGA RAM: NIEGA PESO: 62.5  EF: PACIENTE VIGIL, REACTIVO, BUEN ESTADO GENERAL. NORMOHIDRATADO, NORMOCOLOREADO. FARINGE CONGESTIVA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL CARDIOPULM: RR 4 FOCOS, NAS. MP (+). SRA. SIN USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS NI RETRACCIÓN. EUPNEICO											
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido											
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> METAMIZOL IM											
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5											
<b>Indicaciones al alta</b> PARACETAMOL 500 MG 2 CADA 8 HRS POR 3 DÍAS LORATADINA 10 MG CADA 24 HRS POR 5 DÍAS PREDNISONA 20 MG POR 3 DÍAS ANTE PERSISTENCIA DE LA TOS SUGIERO: LEVODROPROPIZINA 60 MG - 10 ML CADA 8 HRS POR 5 -7 DÍAS. REPOSO RELATIVO PR 3 DÍAS ABUNDANTES LÍQUIDOS EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA ANTE PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS CONSULTAR EN SU CESFAM ANTE SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A URGENCIAS											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14950276)</b>											
NICOLE ALEJANDRA MEDINA VARELA MEDICO APS 19305798-5											

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.