

## FORMULARIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA



ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCIÓN: 12675418

40A

ADMISION: 13/11/2022 14:00	INICIO DE ATENCION: 13/11/2022 16:15	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: MIA TRINIDAD ALARCON GALLARDO	RUT: 24182907 - 3	TELÉFONO: 90658656 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE DAVID PERRY 0595 P. NUEVO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 9 años 9 meses 14 dias (30/01/2013)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A
<b>SÍGNOS VITALES</b>		
Hora: 13/11/2022 14:07		
Temperatura Axilar: 38.7 [°C]		
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca: 131 [x]		
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría: 96 [%]		
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I	
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO
<b>Motivo de Consulta</b> ASMA CRÓNICA - / REF. FIEBRE (39.7) . DOLOR DE PECHO. DIF. PARA RESPIRAR, VOMITOS, GARGANTA. SENSACIÓN DE PUNTADA EN EL PECHO QUE SE IRRADIA HACIA LA ESPALDA. APROX 2 DIAS. ( CONSULT. MIRAL. )		
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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		
<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> DOMICILIO		
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO		

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>												
<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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <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> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			:		
DIA	MES	AÑO												
Hora aproximada del hecho														
:														
<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														

Diagnóstico (DAU N° 12675418)

JO68 : FARINGOMIGDALITIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda  
C4

## Anamnesis e historia clínica

 AM: ASMA  
 MED BUDE + SBT  
 AQX NO REF  
 ALERGIAS NO REF

TRAIDA POR MADRE, REFIERE 3 DIAS DE CUADRO QUE INICIO CON DECAIMIENTO Y TOS PRODUCTIVA. DESDE AYER CON FIEBRE HASTA 39°C, ODINOFAGIA, CEFALÉA, MIALGIAS, RINORREA INTENSA Y DECAIMIENTO. NO REFIERE OTROS SINTOMAS

 AL EX FISICO  
 PESO 35 KG APROX  
 FR 19 X' EUPNEICA, SPO2 96%  
 VIGIL, BIEN PERFUNDIDA E HIDRATADA, DECAIDA, LLENE < 2 SFG, COOPERADORA  
 R2ZTSS MP (+) SIN RUIDOS AGREGADOS, CAMPOS SIMÉTRICOS, SIN USO DE MUSC ACCESORIA  
 FARINGE CONGESTIVA, AMIGDALAS ERITEMATOSAS AUMENTADAS DE TAMAÑO SIN EXUDADO, SIN ADENOPATIAS
Condición del paciente al cierre de atención  
 Vivo  
 FallecidoDestino Inmediato del Paciente  
Alta domicilio  
Sin controlCategorización Cierre Atención  
C5

## Procedimientos e indicaciones en box

DG: FARINGOMIGDALITIS AGUDA, ASMA COMPENSADA (NO IMPRESIONA CON CRISIS SOBREAGREGADA)

## Indicaciones al alta

 REPOSO EN DOMICILIO POR 4 DIAS (DOMINGO A MIERCOLES), PUEDE VOLVER JUEVES A SUS ACTIVIDADES  
 PARACETAMOL 500 MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS  
 IBUPROFENO 400 MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS  
 ABUNDANTE HIDRATACION  
 SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 6 HRS POR 5 DIAS

CONSULTAR URGENCIA SOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12675418)

 PATRICIO ANDRÉS PAREDES ORTIZ  
 MEDICO APS  
 18359044-8

 LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.  
 La información 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.