

S-A.

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14695527

ADMISSION: 11/08/2024 12:44		INICIO DE ATENCION: 11/08/2024 14:08		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: SOFIA ISABEL MIA OLIVA REYES		RUT: 24464662 - K		TELEFONO: 53050649 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE PEQUEÑA CONFECCION 136, LABRANZA		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: S/N TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - C	
EDAD: 10 años 8 meses 16 días (26/11/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			
SIGNOS VITALES					
Hora: 11/08/2024 13:15					
Temperatura Axilar: 36.1 [°C]					
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca: 104 [x]					
Frecuencia Respiratoria:					
Saturación: 98 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucoest:					
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA		A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado: NO		SI - NO			
Motivo de Consulta					
MAMREF:HACE DÍAS CON TOS CON FLEMA BULTO EN CUELLO					
Observaciones Categorización					
MAMREF:HACE DÍAS CON TOS CON FLEMA BULTO EN CUELLO					
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		DÍA MES AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		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° 14695527)					
J209 : BRONQUITIS AGUDA					
Anamnesis e historia clínica					
AM. ASMA. SBT SOS. ALERGIAS: (-).					
MC: TOS CON EXPECTORACIÓN					
FEMENINA, 10 AÑOS, CON AM ASMA. CONSULTA POR CUADRO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN DE TOS CON EXPECTORACIÓN BLANQUECINA, RINORREA, CONGESTIÓN NASAL. SIN DISNEA, TOLERANDO VO.					
EXAMEN FÍSICO					
T: 36.1 FC: 104 SATO2: 98 % AMBIENTAL					
FARINGE ERITEMATOSA, SIN EXUDADO. AMIGDALAS ERITEMATOSAS, SIN PLACAS DE PUS. SIN ULCERAS ORALES.					
RR2TSS. MP (+). SRA. SIN APREMIO VENTILATORIO. UMA (-). CONGESTIVA BILATERAL, SIN CREPITOS.					
VIGIL. ORIENTADA TE Y PERSONAS. GCS 15/15.					
IMPRESIONA BRONQUITIS AGUDA VIRAL. CONTROL SOS.					
Procedimientos e indicaciones en box					
Indicaciones al alta					
1. REPOSO RELATIVO EN DOMICILIO HASTA LUNES 19-08-2024					
2. RÉGIMEN LIVIANO A TOLERANCIA					
3. HIDRATACIÓN VÍA ORAL ABUNDANTE A TOLERANCIA					
4. PARACETAMOL 500 MG 1 COMP C/8 HORAS VÍA ORAL X 3 DÍAS					
5. IBUPROFENO 400 MG 1 COMP C/8 HORAS VÍA ORAL X 3 DÍAS					
6. LORATADINA 10 MG 1 COMP AL DÍA VÍA ORAL X 3 DÍAS					
7. BROMURO IPRATROPIO 4 PUFF C/6 HORAS CON AE ADULTO X 5 DÍAS					
8. KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA. PEDIR HORA EN SONIE.					
9. EDUCO EN SIGNOS DE ALARMA: COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL, COMPROMISO VENTILATORIO, DIFICULTAD RESPIRATORIA.					
10. CONSULTA SOS					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14695527)					
IVO ZIVKOVIC ZIVKOVICH					
MEDICO APS					
16886470-4					

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.