



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14695527

5-A.

ADmisión: 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 DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
COMUNA: S/N	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - C
EDAD: 10 años 8 meses 16 días (26/11/2013)		
SIGNS VITALES		
Hora: 11/08/2024 13:15		
Temperatura Axilar: 36.1 [°C]		
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca: 104 [x]		
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría: 98 [%]		
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucoset:		
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I	
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO
Motivo de Consulta		
MAMREF-HACE DIAS CON TOS CON FLEMA BULTO EN CUELLO		
Observaciones Categorización		
MAMREF-HACE DIAS CON TOS CON FLEMA BULTO EN CUELLO		
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		
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"/> 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <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> <p>Hora aproximada del hecho : :</p>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- Paciente sin lesiones
- Leve (0 - 14 días)
- Mediana Gravedad (15 - 29 días)
- Grave (30 días o más)
- Se requieren exámenes complementarios

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

CS

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

CS

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 IPRAZIPIPIO 4 PUFF C/6 HORAS CON AE ADULTO X 5 DÍAS
8. KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA. PEDIR HORA EN SOME.
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 ZENCOVICH
 MEDICO APS
 18886470-4

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.