

20-

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA		NUMERO DE ATENCION: 12573471																
ADMISSION: 18/10/2022 17:32	INICIO DE ATENCION: 18/10/2022 19:08	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																
NOMBRE: EMILY TORRES BARRA	RUT: 24626611 - 5	TELEFONO: 45462514 (CELULAR)																
DIRECCION: CALLE CARILAFQUEN N° 2950, PEDRO DE VALDIVIA	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):															
EDAD: 8 años 5 meses 1 días (17/05/2014)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - D															
SIGNS VITALES		Motivo de Consulta REF: VÓMITOS, FIEBRE, INAPETENCIA, ENROjecimiento CON SECRECIÓN EN AMBOS OJOS, DOLOR DE CUERPO, TOS DESDE HACE 2 DÍAS																
Hora :	18/10/2022 18:20																	
Temperatura Axilar:	38.5 [°C]																	
Presión Sistólica:																		
Presión Diastólica:																		
Frecuencia Cardíaca:	149 [x]																	
Frecuencia Respiratoria:																		
Saturometría:	96 [%]																	
Latidos Cardio - Fetales:																		
Hemoglucotest:																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																
Dolor, EVA:	NO	SI - NO																
Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico Tipo de Consulta : INFANTIL <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA Origen de la Procedencia <input type="checkbox"/> DOMICILIO Otros Datos <input type="checkbox"/> = NINGUNO																		
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <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 </td> <td> <table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Hora aproximada del hecho : _____</td> </tr> </table> <p>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</p> <p> <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 </p>				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"/> 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"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	ANO						Hora aproximada del hecho : _____
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"/> 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"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	ANO													
DIA	MES	ANO																
		Hora aproximada del hecho : _____																
Diagnóstico (DAU Nº 12573471) J039 : AMIGDALITIS AGUDA		Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																
Anamnesis e historia clínica AM: NIEGA ALERGIA: NIEGA QX: NIEGA <p>PACIENTE QUIEN ES TRAIDA POR SU MAMA REFIERE INICIO DE ENFERMEDAD ACTUAL HACE 2 DIAS CARACTERIZADA POR PRESENTAR ODINOFAGIA DE FUERTE INTENSIDAD FIEBRE 38. TOS PRODUCTIVA DECAIMIENTO PARA EL DIA DE HOY SE ASOCIA ERITEMA CONJUNTIVAL IZQUIERDA. SIN ATENUANTES POR LO QUE ACUDE</p> <p>EF: BCG, TRANQUILA, VIGIL, REACTIVA, BIEN HIDRATADA CIANOSIS (-) RETRACCION DE PARTES BLANDAS (-) POLIPNEA (-) SIBILANCIAS (-) PIEL: ROSADA, BUEN LLENE CAPILAR ADENOPATIAS: NO PALPO FARinge: ERITEMATOSA, AMIGDALAS AUMENTADAS DE TAMAÑO CON PUSTULAS RR2TS, NAS MP+ SIMETRICO, SRA RHA+, BDI, NO PALPO MASAS</p>																		
Procedimientos e Indicaciones en box Indicaciones al alta REPOSO EN CASA POR 3 DIAS AMOXICILINA 500 MG CADA 8 HORAS POR 7 DIAS IBUPROFENO 400 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS PARACETAMOL 500 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS SE DAN RECOMENDACIONES MEDICAS SE EXPLICA SIGNO DE ALARMA SOS LIQUIDOS ABUNDANTES ALIMENTACION FRACCIONADA A TOLERANCIA CONTROL DE TEMPERATURA CONSULTAR EN CASO DE FIEBRE PERSISTENTE, TOS PRODUCTIVA, DIFICULTAD RESPIRATORIA (POLIPNEA, DISNEA, SIBILANCIAS, RETRACCIONES O CIANOSIS), COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL, RECHAZO ALIMENTARIO, EXANTEMAS U OTRO SIGNO DE ALARMA																		