

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 15071962

ADMISSION: 24/11/2024 20:43		INICIO DE ATENCION: 24/11/2024 23:11		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ANAÍS ANTONIA NOVOA AROS		RUT: 23292146 - 3		TELEFONO: 50626660 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLEJON EL ALMO 1550		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 14 años 7 meses 21 días (03/04/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora:	24/11/2024 20:59				
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	135 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	98 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
<b>Motivo de Consulta</b> MAMAREF: HACE DOS DIAS CON DOLOR LUMBAR CEFALEA					
<b>Observaciones Categorización</b> DOLOR LUMBAR IRRADIADO A EXT INFERIORES, CEFALEA DESDE HACE DOS DIAS					
<b>Funcionario Que Atiende</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matrán(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					
<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		<b>DÍA</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<b>MES</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		<b>AÑO</b>	
<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					
<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>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4					
<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					
Hospitalización:					
Sin Información.					
<b>Categorización Cierre Atención</b> C4					
<b>Diagnóstico (DAU N° 15071962)</b> J069 : (En estudio) VIROSIS RESPIRATORIA ALTA					
<b>Anamnesis e historia clínica</b> AM: NIEGA RAM: NIEGA PACIENTE CONSULTA POR CUADRO DE 2 DIAS DE EVOLUCION DE MIALGIAS Y DOLOR ARTICULA GENERALIZADO AL EXAMEN FISICO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES HIDRATADA Y BIEN PERFUNDIDA SIGNOS VITALES DESTACA TAQUICARDICA VAS: FARINGE ERITEMATOSA LEVE, AMIGDALAS GRADO 2 SIN PLACAS DE PUS PULMONAR: MP PRESENTE SRA					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> KETOROLACO 60 MG + BETAMETASONA 4MG					
<b>Procedimientos</b> INYECCION ENDOVENOSA					
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO ESCOLAR POR DIA 25 NOVIEMBRE 2024 HIDRATACION ABUNDANTE PARACETAMOL 500MG, 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS X 3 DIAS IBUPROFENO 400MG, 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS X 3 DIAS LORATADINA 10MG, 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS X 5 DIAS (NOCHE) CICLOBENZAPRINA 10MG, 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS X 5 DIAS (NOCHE) CONSULTAR EN URGENCIAS SOS, SE EXPLICA A PACIENTE					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15071962)</b> JAVIER ORLANDO HUILCAN MENA MEDICO APS 19476517-7 Dr. Javier Huilcan Mena 19 476.517-7 Medico Cirujano					

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.