



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15002942

IV-B

ADMISION: 05/11/2024 15:59	INICIO DE ATENCION: 05/11/2024 18:01	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: JOSEFA ANTONIA HERNANDEZ MUÑOZ	RUT: 22300913 - 1	TELEFONO: 62621960 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE VILUMILLA 1670 DEPTO B	PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
COMUNA: PADRE LAS CASAS	DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A
EDAD: 17 años 10 meses 20 días (16/12/2006)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	

SIGNOS VITALES

Hora:	05/11/2024 16:13	
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	98 [mmHg]	
Presión Diastólica:	56 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	97 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:	2 [x]	
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

CEFALEA, CONGESTION NASAL. 1 SEMANA DE EV.

Observaciones Categorización

CEFALEA, CONGESTION NASAL. 1 SEMANA DE EV.

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matró(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta: ADULTO

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

- ☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ Agresión sexual
☐ Otro
☐ Accidente Incendio
☐ Accidente Terremoto
☐ Accidente Erupción
☐ Accidente Tsunami

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DÍA	MES	AÑO

Hora aproximada del hecho

:

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

Diagnóstico (DAU N° 15002942)

J304 : RINITIS ALERGICA
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA

Anamnesis e historia clínica

AM: ASMA, RINITIS ALERGICA
RAM: NO REFIERE

MC: PACIENTE TRAIDA POR MADRE. CONSULTA POR CUADRO DE 1 SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CONGESTION NASAL, TOS PRODUCTIVA Y RINORREA ABUNDANTE.
- DIRIGIDAMENTE: SIN TRATAMIENTO INTRANASAL ACTUALMENTE.

EF:

- GENERAL: EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. VIGIL, ORIENTADO Y REACTIVO. LLENE CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.
MUCOSA ORAL HIDRATADA.
- FOSAS NAALES CON RINORREA CLARA ABUNDANTE.
- OROFARINGE: ERITEMATOSA Y CONGESTIVA, SIN PLACAS DE PUS, EXUDADO NI HIPERTROFIA AMIGDALINA.
- CARDIACO: NORMAL. RITMO REGULAR EN 2 TIEMPOS NO AUSCULTO SOPLOS.
- PULMONAR: NORMAL. MURMULLO PULMONAR PRESENTE. BILATERAL SIMÉTRICO. SIN RUIDOS AGREGADOS.
- ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES. BLANDO, DEPRESIBLE E INDOLORO.

Procedimientos e indicaciones en box

CLORFENAMINA 10 MG IM
BETAMETASONA 4 MG IM

Indicaciones al alta

REPOSO EN DOMICILIO POR 1 SEMANA HASTA COMPENSACIÓN DE CUADRO
MOMETASONA 50 MCG 2 PUFF CADA 24 HRS Y CONTINUAR CONTROL AMBULATORIO
RÉGIMEN COMÚN CON ABUNDANTE LÍQUIDO (2 A 3 LTS)
PARACETAMOL 500 MG 2 COMPRIMIDOS CADA 12 HRS POR 5 DÍAS.
IBUPROFENO 400 MG 1 COMPRIMIDO CADA 12 HRS POR 5 DÍAS.
CLORFENAMINA 4 MG 1 COMPRIMIDO CADA 12 HRS POR 5 DÍAS.
RECONSULTAR A URGENCIAS EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA COMO DIFICULTAD RESPIRATORIA O FIEBRE PERSISTENTE.
CONTROL EN SU CONSULTORIO SI CUADRO NO CEDE EN MÁS DE 2 SEMANAS.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15002942)

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

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

C5

Dr. Sebastián Méndez S.