



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15000277

ADMISION: 04/11/2024 19:29		INICIO DE ATENCION: 04/11/2024 19:48		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: ISIDORA MILLARAY FERNANDEZ NAHUELÑIR		RUT: 26543298 - 0		TELEFONO: 78370933 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE CAMINO NIAGARA		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B							
EDAD: 6 años 0 meses 9 días (26/10/2018)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
SIGNOS VITALES											
Hora :	04/11/2024 19:35										
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	102 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	99 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I		A - V - D - I								
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO		SI - NO								
Motivo de Consulta			ODINOFAGIA, OTALGIA Y MALESTAR OCULAR. CESFAM PLC								
Observaciones Categorización			ODINOFAGIA, OTALGIA Y MALESTAR OCULAR. CESFAM PLC								
Funcionario Que Atiende			Tipo de Consulta : INFANTIL								
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matron(a)			Atención Manifestación Social: NO								
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			Tipo de Paciente: NO APLICA								
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
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		<table border="1"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
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											
Diagnóstico (DAU N° 15000277)											
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) H103 : CONJUNTIVITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C5											
Anamnesis e historia clínica											
ANTECEDENTE PERSONAL; NIEGA ANTECEDENTE QX; NIEGA RAM, NIEGA CONSULTA POR CUADRO DE TOS SECA , ODINOFAGIA , CONGESTIÓN NASAL , CEFALEA , SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO ACOMPAÑA CON LAGAÑA HACE DE EVOLUCIÓN , NIEGA OTRO SÍNTOMA AL EXAMEN FÍSICO CARDIACO CONSERVADO , PULMONAR MP+ SIN AGREGADO, FARINGE Y AMÍGDALA DE ASPECTO NORMAL											
Procedimientos e indicaciones en box											
Indicaciones al alta											
REPOSO POR 3 DIAS CLORANFENICOL 2 GOTAS CADA 4 HRS POR 7 DIAS CLORANFENICOL UNGÜENTO 1 APLICACIÓN CADA 24 HRS POR 7 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP CADA 8 HRS POR 5 DIAS CONTROL AL POLI											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15000277)											
VLADIMYR DECEIDE DECEIDE MEDICO APS 26864778-3											

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.