



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14654904

11°3

ADMISSION: 28/07/2024 18:12		INICIO DE ATENCION: 28/07/2024 20:36		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: AGUSTINA MARIETTA GAETE TRIZANO		RUT:	22905635 - 2	TELEFONO:	84779718 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE TUCAPEL N° 1374, POBL. TUCAPEL		PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - D
EDAD: 15 años 7 meses 2 días (26/12/2008)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)		

SIGNOS VITALES		
Hora:	28/07/2024 18:19	
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	133 [mmHg]	
Presión Diastólica:	79 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	126 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturimetría:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
REF ACOMP CUADRO RESPIRATORIO, FIEBRE, FLEMAS C/ ESTRÍAS DE SANGRE (C. MIRAFLORES)	
Observaciones Categorización	
REF ACOMP CUADRO RESPIRATORIO, FIEBRE, FLEMAS C/ ESTRÍAS DE SANGRE	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta: ADULTO
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Matron(a)	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	Origen de la Procedencia
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DOMICILIO
	Otros Datos
	* NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
DIA	MES	AÑO								
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante									
<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	Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral								
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones								
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)								
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)								
<input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)								
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios								
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio										
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto										
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción										
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami										

Diagnóstico (DAU N° 14654904)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
300X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	<table border="1"><tr><td>C4</td></tr></table>	C4
C4		
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención	
AM: NO ALERGIA NO CX NO PACIENTE HACE 4 DIAS CON TOS Y CONGESTION NASAL. ULTIMOS DIAS CON FLEMAS CON ESTRÍAS DE SANGRE AL EX FISICO VOR, BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA CON TENDENCIA A LA TAQUICARDIA, SIN DISNEA FARINGE ERYTEMATOSA AMIGDALAS SIN PLACAS DE PUS TORAX RR2T, NAS. MP (+) SRA	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente	
	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.	
Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención	
- REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS A PARTIR DE MAÑANA - HIDRATACION ADECUADA - ASEO NASAL FRECUENTE - PARACETAMOL 500 MG 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HRS - DICLOFENACO 50 MG CADA 8 HRS - LORATADINA 10 MG AL DIA POR 5 DIAS - URGENCIA SI SIGNOS DE ALARMA	<table border="1"><tr><td>C5</td></tr></table>	C5
C5		
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14654904)		
CATALINA OYARZUN ARAVENA MEDICO APS 19290913-9		

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.