



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR CHOL CHOL

NUMERO DE ATENCION: 14896878

83.

ADMISSION: 07/10/2024 17:00		INICIO DE ATENCION: 07/10/2024 19:53		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ANTONELLA ANDREA ANDRADE TOLEDO		RUT: 23481110 - K		TELEFONO: 78438244 (CELULAR)	
DIRECCION: SECTOR LOS LINGUES		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: CUNCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 13 años 11 meses 5 días (02/11/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES		
Hora:	07/10/2024 17:11	
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	129 [mmHg]	
Presión Diastólica:	58 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	70 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturimetría:	100 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
DESDE A NOCHE CON CUADRO FEBRIL Y CEFALEA	
Observaciones Categorización	
DESDE A NOCHE CON CUADRO FEBRIL Y CEFALEA	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : INFANTIL
<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	
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	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>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
DÍA	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									
<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° 14896878)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
JOOX : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	CS
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM: NIEGA RAM: NIEGA REFIERE HACE 3 DIAS ODINOFAGIA, CEFALEA, MALESTAR GENERAL, EL DIA DE AYER PRESENTÓ ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA QUE CEDEN CON MEDIDAS FISICAS. EX FISICO: BCG, AFEBRIL, HIDRATADA CARDIOPULMONAR: RR2T SIN SOPLOS, MP+ SIN AGREGADOS ABDOMEN: PLANO, RHA+, SIN DOLOR EXT: MOVILES, EXT NEURO: CONSCIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e Indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente
CSV EX FISICO METAMIZOL 1GR + BETAMETASONA 4MG IM	Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Sin Información.
Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención
REPOSO RELATIVO PARACETAMOL 500MG C/6HR POR 5 DIAS DICLOFENACO 50MG C/8HR POR 4 DIAS CLORFENAMINA 4MG C/12H RPOR 4 DIAS	CS
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14896878)	
MIGUEL EUGENIO LEAL MADRIZ MEDICO APS 26585516-4 <i>Reposo por 4 días</i> <i>Méico General</i> <i>Rut: 26.585.516-4</i> <i>Registro SIS: 687054</i>	

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 desde la evolución de la condición del consultante, si las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.

Dr. Miguel Leal Madriz
Médico General
Rut: 26.585.516-4
Registro SIS: 687054