



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKEWE-PELALE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 14993370

ADMISSION: 02/11/2024 22:02		INICIO DE ATENCION: 02/11/2024 22:25		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE:	ARIADNE ANALIA HUINCA MARIN	RUT :	24262449 - 1	TELEFONO:	84889167 (CELULAR)						
DIRECCION:	CALLE MILLELCHE KM 6.5	PUEBLO ORIGINARIO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA:	FREIRE	DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - A						
EDAD:	11 años 6 meses 7 días (26/04/2013)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)								
SIGNOS VITALES											
Hora :	02/11/2024 22:05			Motivo de Consulta							
Temperatura Axilar:	36 [°C]			DISFAGIA							
Temperatura Rectal:				Observaciones Categorización							
Presión Sistólica:				DISFAGIA							
Presión Diastólica:				Funcionario Que Atiende							
Frecuencia Cardíaca:	87 [x]			<input checked="" type="checkbox"/> Médico							
Frecuencia Respiratoria:				<input type="checkbox"/> Odontólogo							
Saturometría:	100 [%]			<input type="checkbox"/> Matrn(a)							
Latidos Cardio - Fetales:				<input type="checkbox"/> Enfermero(a)							
Hemoglucotest:				<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico							
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo							
Dolor, EVA:				Tipo de Consulta : INFANTIL							
Distresado:	NO	SI - NO		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							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><thead><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="2">:</td></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2"></td></tr></tbody></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"/> Frío									
<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											
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral											
<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											
Diagnóstico (DAU N° 14993370)											
J029 : FARINGITIS											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C5											
Anamnesis e historia clínica											
AM:(-) AL:(-) QX NEG DESDE AYER EN LA TARDE DOLOR FARINGEO , SIN VOMITOS SIN DIARREA SIN DISURIA AL EXAMEN FARINGE MUY CONGESTIVA SIN PLACAS DE PUS ADENOPATIAS CERVICALES MP + SRA											
Destino Inmediato del Paciente											
Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.											
Procedimientos e indicaciones en box											
Categorización Cierre Atención											
C3											
Indicaciones al alta											
REPOSO EN SU CASA POR 4 DIAS PARACETAMOL 500 MG 1/2 CADA 8 HORAS POR 3 DIAS IBUPROFENO 200/5 5 ML CADA8 HORAS EN CASO DE FIEBRE O DOLOR POR 3 DIAS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14993370)											
JUAN SEPULVEDA TRIPAILAF MEDICO APS 11500030-6											

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 provisora, 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.