



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15007930

7A

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| ADMISSION: 06/11/2024 20:34 | INICIO DE ATENCION: 06/11/2024 22:18 | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS |
| NOMBRE: MIA ANDREA BELTRAN JIMENEZ | RUT: 23661168 - K | TELEFONO: 64504033 (CELULAR) |
| DIRECCION: CACIQUE COLIMAN 2995 LOS TRAPIALES | PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |
| COMUNA: TEMUCO | DECLARADO: | PREVISION: FONASA - A |
| EDAD: 13 años 5 meses 17 días (20/05/2011) | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | |

SIGNOS VITALES

| | | |
|------------------------------|------------------|---------------|
| Hora: | 06/11/2024 20:49 | |
| Temperatura Axilar: | 37.8 [°C] | |
| Temperatura Rectal: | | |
| Presión Sistólica: | | |
| Presión Diastólica: | | |
| Frecuencia Cardíaca: | 113 [x] | |
| Frecuencia Respiratoria: | | |
| Saturometría: | 100 [%] | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | |
| Hemoglucotest: | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I |
| Dolor, EVA: | | |
| Distresado: | NO | SI - NO |

Motivo de Consulta

REF ACOMP FIEBRE, ODINOFAGIA, MIALGIAS ; 1 DIA DE EV (C. P NÚEVO)

Observaciones Categorización

REF ACOMP FIEBRE, ODINOFAGIA, MIALGIAS ; 1 DIA DE EV PESO: 44 KILOS

Funcionario Que Atiende

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

Tipo de Consulta : INFANTIL

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"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <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 | <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro | <table border="1"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | DÍA | MES | AÑO | | | | <table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table> | |
| DÍA | MES | AÑO | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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° 15007930)

J029 : FARINGITIS AGUDA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
 Con indicación de tratamiento en su estab.
 Destino:
 Fecha de Indicación Sin
 Hospitalización: Información.

Categorización Cierre Atención

C4

Anamnesis e historia clínica

PACIENTE ACUDE ACOMPAÑADO DE PADRE EL CUAL REFIERE QUE AYER INICIA CON ODINOFAGIA, LUEGO PRESENTA FIEBRE HASTA 38,5 TOS, CONGESTION NASAL, CEFALEA Y MIALGIAS

AM:-
 ALERGIAS:-
 AQX:-
 PESO 44 KILOS

AL EXAMEN FISICO
 DECAIDA, FEBRIL 37,8 LEVE TAQUICARDIA
 FARINGE CONGESTIVA AMIGDALAS GRADO 2 SIN PLACAS DE PUS
 CUELLO ADENOPATIAS BILATERALES
 CARDIOPULMONAR MP+ SIN RUIDOS AGREGADOS SIN SIGNOS DE DISTRES RESPIRATORIOS

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS EN DOMICILIO A PARTIR DE HOY
 ABUNDANTE HIDRATACION
 IBUPROFENO 200MG/5ML 10ML CADA 8 HORAS POR 48 HORAS
 PARACETAMOL 500MG 1 CADA 8 HORAS EN CASO DE FIEBRE QUE NO CEDA
 URGENCIAS SI FIEBRE A PESAR DE USO DE FARMACOS INDICADOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA O DOLOR INTENSO.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15007930)

PABLO SEBASTIAN BLASCHKE QUEZADA
 MEDICO APS
 20683669-5