



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12621688

K^oA

ADMISION: 31/10/2022 11:33

INICIO DE ATENCION: 31/10/2022 12:33

MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS

NOMBRE: CONSUELO ESPERANZA GUZMAN SANDOVAL

RUT:

25425617 - K

TELEFONO:

31136073
(CELULAR)

DIRECCION: CALLE LAS VIOLETAS N° 0455, PULMAHUE

PUEBLO ORIGINARIO
DECLARADO:

NINGUNO

PROCEDENCIA (URBANO /
RURAL):

EDAD: 6 años 4 meses 4 días (27/06/2016)

SEXO (GÉNERO):

MUJER
(FEMENINO)

PREVISION:

FONASA - C

SIGNOS VITALES

| | | |
|------------------------------|------------------|---------------|
| Hora : | 31/10/2022 11:34 | |
| Temperatura Axilar: | 36.5 [°C] | |
| Temperatura Rectal: | | |
| Presión Sistólica: | | |
| Presión Diastólica: | | |
| Frecuencia Cardíaca: | 106 [x] | |
| Frecuencia Respiratoria: | | |
| Saturometría: | 100 [%] | |
| Latidos Cardíaco - Fetales: | | |
| Hemoglucotest: | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I |
| Dolor, EVA: | | |
| Distresado: | SI - NO | SI - NO |

Motivo de Consulta

PADRE FIERE ODINOFAGIA, INAPETENCIA, VOMITOS, CEFALEA Y DECAIMIENTO

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

- ☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ Agresión sexual
☐ Otro

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha Aproximada del Hecho

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| | | |

Hora aproximada del hecho

| |
|---|
| : |
|---|

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° 12621688)

J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Anamnesis e historia clínica

AM: (-) | ALERGIAS: (-) | QX: (-) | HOSP: (-)
PESO: 17.5 KG

CUADRO DESDE AYER DE ODINOFAGIA, TOS PRODUCTIVA, CEFALEA, INAPETENCIA Y HOY VOMITOS.

AL EXAMEN FISICO:

BCG. HIDRATADO, BIEN PERFUNDIDO
FARINGE: ERITEMATOSA, SIN PLACAS DE PUS
PULM: MP+, SRA

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control

Categorización Cierre Atención

C5

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DÍAS
LÍQUIDO ABUNDANTE
ASEO NASAL FRECUENTE
PARACETAMOL 500MG 1/2 COMP CADA 6 HRS POR 3 DÍAS
LORATADINA 10MG 1 COMP POR NOCHE POR 5 DÍAS
SE SUGIERE DE EXTRASISTEMA: AMBROXOL (15MG/5ML) SCC CADA 8 HRS POR 5 DÍAS Y/O HEDERA HELIX (35MG/5ML) SCC CADA 8 HRS POR 5 DÍAS
CONTROL SOS EN URGENCIAS EN CASO DE FIEBRE PERSISTENTE, DIFICULTAD RESPIRATORIA, COLORACION AZULADA DE PIEL O MUCOSAS O EN CASO DE SER NECESARIO
EN CASO DE PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS CONTROL POR SU CESFAM RESPECTIVO

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12621688)

JAVIER BARRA JARA
MEDICO APS
18484865-1

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 provisional, 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.