

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14778047

29B.

ADMISION: 03/09/2024 21:18	INICIO DE ATENCION: 04/09/2024 04:39	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: JOSEFA IGNACIA BAFER ANIÑIR		RUT :	25523368 - 8	TELEFONO: 68315661 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE RIO RIÑIHUE 195 PARQUE COMUNA: PILMAIQUEN PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 7 años 11 meses 11 dias (23/09/2016)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D
SIGNS VITALES				
Hora :	03/09/2024 21:20	04/09/2024 05:11		
Temperatura Axilar:	37.4 [°C]	37.4 [°C]		
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:				
Presión Diastólica:				
Frecuencia Cardiaca:	120 ['x]	128 ['x]		
Frecuencia Respiratoria:	20 ['x]	18 ['x]		
Saturometría:	97 [%]	97 [%]		
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglucotest:				
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA		
Dolor, EVA:	0 ['x]	0 ['x]		
Distresado:	NO	NO		
Motivo de Consulta FLUJO RESPIRATORIO (LAS COLINAS)				
Observaciones Categorización 3 SEMANAS EPISODIOS DE FIEBRE INTERMITENTE, MADRE REFIERE DIFICULTAD RESPIRATORIA TEA				
Funcionario Que Atiende				
<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> 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						
<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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<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> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
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 Nº 14778047)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
R509 : FIEBRE J069 : (En estudio) VIROSIS RESPIRATORIA ALTA	C4

Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM: TEA (TTO RISPERIDONA, SERTRALINA Y MELATONINA) AQ:- ALERGIAS NIEGA PNI AL DIA PACIENTE TRAIDA POR SUS PAR POR PRESENTA DESDE GHACE 21 DIAS, EPISODIOS DE FIEBRE CONTINUA DE PREDOMINIO NOCTURNO. ASOCIADO A TOS HUMEDA, CONGESTION NASAL Y RINORREA. EX FISICO: APARENTES CONDICIONES CLINICAS ESTABLES, FOSAS NASALES CONGESTIVAS, SIN RINORREA. AMIGDALAS ERITEMATOSAS SIN EXUDADOS. NO PALPO ADENOPATIAS CERVICALES. AMBOS OÍDOS SANOS. TORAX NORMOEXPANSIBLE, SIMETRICO, SIN TIRAJE. MP + SIN AGREGADOS. RR2T SS. ABDOMEN: PLANO, RHA+, N TIMPANICO, SIN MASAS, SIN VISCIEROMEGLIAS.	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Destino Inmediato del Paciente	Destino:
	Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.
	Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.

Procedimientos e indicaciones en box	Categorización Cierre Atención
EX DE LAB PESO 39 KG PROTEÍNA C REACTIVA * 14.2 PROCALCITONINA 0.11 EX ORINA NORMAL. RECUENTO DE LEUCOCITOS 7.710 HEMATOCRITO 40.2 HB 13.6 RECUENTO DE PLAQUETAS 329000 NEUTRÓFILOS % * 72.3 LINFOCITOS % * 18.2 EXAMENES SUGERENTES DE INFECCIÓN VIRAL.	C4