



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 15031675

2B.

ADMISION: 13/11/2024 17:04		INICIO DE ATENCION: 13/11/2024 20:10		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: CRYSTHY JULIETH ROCHA CARVAJALINO		RUT :	27522640 - 8	TELEFONO:	54274439 (CELULAR)
DIRECCION: TRABUNCO 0360		PUEBLO ORIGINARIO	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:			
EDAD: 7 años 9 meses 1 dias (12/02/2017)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A
SIGNS VITALES					
Hora :	13/11/2024 17:29				
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	89 [']x				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	97 [%]				
Látilos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresos:	SI - NO	SI - NO			
Motivo de Consulta REF: FIEBRE , DIFICULTAD RESPIRATORIA Y MALESTAR GENERAL.					
Observaciones Categorización REF: FIEBRE , DIFICULTAD RESPIRATORIA Y MALESTAR GENERAL.					
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"/> 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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Hora aproximada del hecho : :</p>	DIA	MES	ANO			
DIA	MES	ANO						
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 15031675)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
J029 : FARINGITIS T784 : (En estudio) ALERGIA NO ESPECIFICADA	C5

Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
PACIENTE CON CUADRO DE TOS DIFICULTAD PARA RESPIRAR Y PEAK FEBRIL DE 38 MAS MENOS 8 DIAS FIEBRE AYER EN LA NOCHE ANTECEDENTES DE ALERGIA SIN TRATAMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
AL EXAMEN FISICO AEEBRIL EUPNEICO FARINGE CONGESTIVA E INFLAMADA MUY EDEMATOSA AMIGDALAS NORMALES MP: SIN RUIDOS AGREGADOS	Destino Inmediato del Paciente
	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Sin Información.
Procedimientos e indicaciones en box	Categorización Cierre Atención
	C5

Indicaciones al alta
ABUNDANTE LIQUIDO REPOSO TOTAL EN CASA HASTA MARTES 19/11, NO PUEDE ASISTIR A CLASES CLARITOMICINA 5 CC CADA 12 HRS X 5 DIAS IBUPROFENO 5 CC CADA 8 HRS X 3 DIAS PREDNISONA 20 MG 1 AL DIA X 5 DIAS LORATADINA 10 MG 1 AL DIA X 7 DIAS CLORFENAMINA 4 MG EN LA NOCHE X 7 NOCHES PARACETAMOL 500 MG SI T°>38 GRADOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15031675)
MARCELA PAOLA ARMAZA SALVATICI MEDICO APS 18165173-3

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