



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 15031675

2B.  
✓

ADMISSION: 13/11/2024 17:04		INICIO DE ATENCION: 13/11/2024 20:10		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: CRISTHY JULIETH ROCHA CARVAJALINO		RUT :	27522640 - 8	TELEFONO:	54274439 (CELULAR)						
DIRECCION: TRABUNCO 0360		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A							
EDAD: 7 años 9 meses 1 días (12/02/2017)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
<b>SIGNOS VITALES</b>											
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 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		SI - NO		SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b> REF: FIEBRE , DIFICULTAD RESPIRATORIA Y MALESTAR GENERAL.											
<b>Observaciones Categorización</b> REF: FIEBRE , DIFICULTAD RESPIRATORIA Y MALESTAR GENERAL.											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matrn(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											
<b>Origen de la Procedencia</b>											
DOMICILIO											
<b>Otros Datos</b>											
* NINGUNO											
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></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											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>											
<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											
<b>Diagnóstico (DAU N° 15031675)</b>											
J029 : FARINGITIS											
T784 : (En estudio) ALERGIA NO ESPECIFICADA											
<b>Resultado aplicar en protocolo selector de demanda</b>											
CS											
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo											
<input type="checkbox"/> Fallecido											
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>											
Alta domicilio											
Sin control											
Destino:											
Fecha de Indicación Sin											
Hospitalización: Información.											
<b>Categorización Cierre Atención</b>											
CS											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
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											
AL EXAMEN FISICO											
AFEBRIL EUPNEICO											
FARINGE CONGESTIVA E INFLAMDA MUY EDEMATOSA											
AMIGDALAS NORMALES											
MP: SIN RUIDOS AGREGADOS											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
<b>Indicaciones al alta</b>											
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											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15031675)</b>											
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.