



30B

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15948103

ADMISION: 26/08/2025 23:08		INICIO DE ATENCION: 27/08/2025 00:16		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: CONSTANZA ANAIS MARIN CORTEZ		RUT : 24696451 - 3		TELEFONO: 89825202 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE 21 DE MAYO Nº 12, QUEPE COMUNA: FREIRE EDAD: 11 años 1 meses 0 dias (26/07/2014)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):		MAPUCHE MUJER (FEMENINA) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A	
SIGNOS VITALES					
Hora :	26/08/2025 23:10				
Temperatura Axilar:	38 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	127 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	97 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	0 ['x]				
Distresado:	NO	SI - NO			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Motivo de Consulta FLUJO NO RESPIRATORIO (QUEPE) </div> <div style="flex: 1;"> Observaciones Categorización TOS PERSISTENTE, FIEBRE ALERGIAS:- AM:- </div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> 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 </div> <div style="flex: 1;"> Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA </div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Origen de la Procedencia DOMICILIO </div> <div style="flex: 1;"> Otros Datos * NINGUNO </div> </div>					

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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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> <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							
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 15948103)

J039 : AMIGDALITIS 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 Sin
 Indicación Información.
 Hospitalización:

Categorización Cierre Atención

C4

Anamnesis e historia clínica

PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD ES TRAIDA POR SU MADRE POR PRESENTAR DESDE EL DIA DE AYER MALESTRA GENERAL, FIEBRE CUNTFICADA HASTA 39 GRADOS QUE CEDE CON EL USO DE PARACETAMOL, ODINOFAGIA, TOS SECA Y PERSISTE, RINORREA, CONGESTION NASAL

AM: SBOR EN ALTA MEDICA
 RAM: NIEGA
 PNI: AL DIA

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN ESTABLES CONDICIONEONES GENERALES AFEBRIL HIDRATADA
 ORL: OROFRAINGE ERITEAMTOSA , AMIGDALAS HIPERTROFICAS GRADO II CON PLACAS DE PUS, RINORREA HIALINA ABUNDANTE
 CARDIOPULMONAR: TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, MV AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO, RHS (+), SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

NEUROLOGICO: SIN FOCALIZACION

Procedimientos e indicaciones en box

TRATAMIENTO MEDICO AMBULATORIO

Indicaciones al alta

1. TOMAR ABUNDANTE LIQUIDO / REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS
2. AMOXICILINA 500 MG DAR A TOMAR 1 CAPSULA CADA 12 HORAS POR 7 DIAS.
3. PARACETAMOL 500 MG DAR A TOMAR 2 COMPRIMIDOS CADA 6 HORAS SOS FIEBRE.
4. IBUPROFENO 400 MG DAR A TOMA 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 2 DIAS LUEGO SOLO SI FIEBRE O DOLOR
5. CLORFEMANINA 4 MG DAR A TOMAR 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 5 DIAS

6. CONTROLES POR APS AL CULMINAR TRATAMIENTO.
7. VIGILAR SIGNOS DE ALARMA.
8. SOS URGENCIA.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15948103) _____

ESTEFANY MATERANO PEREZ
MEDICO APS
26687893-1

Estefany Materano Perez
Cuit: 26.687.893-1
Medico General
Deep

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 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.