



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 12659836

2°

ADMISSION: 09/11/2022 07:50		INICIO DE ATENCION: 09/11/2022 11:43		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: CATHALINA IGNACIA FAUNDEZ NAHUELÑIR		RUT: 24798582 - 4	TELEFONO: 74624221 (CELULAR)								
DIRECCION: LUGAR NIAGARA KLM 15		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
EDAD: 7 años 11 meses 23 días (17/11/2014)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - C								
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora :	09/11/2022 07:51										
Temperatura Axilar:	36 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	90 [x]										
Frecuencia Respiratoria:	26 [x]										
Saturometría:	99 [%]										
Latidos Cardíaco - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO	SI - NO									
<b>Motivo de Consulta</b> MADRE REF. DOLOR DE CABEZA .. DOLOR GARGANTA .. TOS ESPECTORACION.. EVOL 3 DIAS ( CSF. BARROSO)											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matrán(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 APLICABLE											
Origen de la Procedencia											
DOMICILIO											
Otros Datos											
* 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><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></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><th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th></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											
<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° 12659836)</b>											
J209 : BRONQUITIS ( MENORES DE 15 AÑOS )											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>											
C4											
<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											
Con control en estab. origen (CESFAM u Hospital)											
<b>Control policlínico</b>											
Patología: Aguda											
Establecimiento: CESFAM PADRE LAS CASAS (CESFAM)											
<b>Categorización Cierre Atención</b>											
C4											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
AM NO											
RAM AMOXICILINA											
TRAIDA POR MADRE											
REFIERE DESDE HACE 4 DIAS CON CEFALEA Y CONGESTION NASAL QUE DESDE AYER SE ASOCIADO A TOS CON EXPECTORACION											
AL EX FISICO											
SIN FIEBRE, SAT 99% AMB, EUPNEICA											
OTE, VIGIL, TRANQUILA, DEAMBULANDO SIN APOYO											
MUCOSA ROSADA E HIDRATADA											
FARINGE ERITEMATOSA SIN PLACAS DE PUS											
CP RR2T NAS MP + RONCUS EN TERCIO MEDIO Y BASE IZQUIERDA											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
RX TX AP - LAT: CONGESTION PARAHILIAR CON INFILTRADO HACIA LAS BASES											
<b>Indicaciones al alta</b>											
EDUCACION GENERAL											
REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS											
HIDRATACION ABUNDANTE											
IBUPROFENO 200 MG / 5 DIAS, 7 CC C / 8 HRS POR 4 DIAS											
LORATADINA 1 COMPR AL DIA POR 5 DIAS											
SALBUTAMOL 2 PUFF C / 8 HRS POR 4 DIAS											
CLARIMOTRICNA 500 MG C / 12 HRS POR 5 DIAS.											
EDUCO SOBRE SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA											
CONTROL EN SALA IRA DE SU CESFAM											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12659836)</b>											
FRANCISCO JOHAN MALDONADO MIRANDA											
MEDICO APS											
18671904-2											

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.