



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15940229

1-0

ADMISSION: 25/08/2025 08:22		INICIO DE ATENCION: 25/08/2025 08:43		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: YERTTY ISABELLA LOPEZ MARIQUEO		RUT: 26216858 - 1		TELEFONO: 41743175 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE LOS BOLDOS N° 911, SAN ANTONIO		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 7 años 4 meses 10 días (15/04/2018)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			
SIGNOS VITALES					
Hora:		25/08/2025 08:28			
Temperatura Axilar:		36.5 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:		128 [x]			
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:		97 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I	
Dolor, EVA:					
Distresado:		NO		SI - NO	
Motivo de Consulta					
REF MADRE// 2DA CONSULTA. MISMOS SINTOMAS. VÓMITOS, DOLOR ABD. MAREADA EVO: 5 DÍAS RAM(-) AM(-) (MIRAFLORES)					
Observaciones Categorización					
REF MADRE// 2DA CONSULTA. MISMOS SINTOMAS. VÓMITOS, DOLOR ABD. MAREADA EVO: 5 DÍAS PESO: 32 KG					
Funcionario Que Atiende					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matron(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					
<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 Tronami					
Elemento Causante					
<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					
Fecha Aproximada del Hecho					
DIA MES AÑO					
Hora aproximada del hecho					
:					
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 N° 15940229)					
J039 : AMIGDALITIS AGUDA					
Anamnesis e historia clínica					
ACUDE POR CUADRO DE 5 DÍAS APROX DE DOLOR ABDOMINAL, VÓMITOS, MAREOS. CONSULTA PREVIA EN SAR HACE 4 DÍAS POR CUADRO GRIPAL ASOCIADO A VÓMITOS, MANEJADA CON ANALGESIA IV, BUENA RESPUESTA, ANALGESIA SOS VO EN DOMICILIO. SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS					
AM: NO					
RAM: NO					
HOSPITALIZACIONES: NO					
CX: NO					
EF					
BEG, CLOTE, VIGIL, TRANQUILA					
HDN ESTABLE					
MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS, PERFUSION DISTAL CONSERVADA					
FARINGE: DISCRETO ERITEMA, TONSILAS EDEMATOSAS					
CARDIOPULMONAR: RR2TSS, MP + SRA					
ABDOMEN: BDI, RHA +, NO PALPO MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN IRRITACION PERITONEAL.					
SIN FOCALIDAD NEUROLÓGICA, PARES CRANEALES CONSERVADOS					
SIN OTROS HALLAZGOS PATOLÓGICOS AL EXAMEN					
Procedimientos e indicaciones en box					
Indicaciones al alta					
PARACETAMOL 500 MG C/8H POR 5 DÍAS					
IBUPROFENO 400 MG C/8H POR 4 DÍAS					
DESLORATADINA 2.5MG/5ML 3ML C/DÍA POR 3 DÍAS					
AMOXICILINA 500MG/5ML 5ML C/8H POR 7 DÍAS					
PARGEVERINA 5MG/ML 15 GOTAS C/8H POR 3 DÍAS					
TOMAR ABUNDANTE AGUA					
DIETA LIVIANA: SIN GRASAS, SIN FRITURAS, SIN BEBIDAS GASEOSAS NI AZUCARADAS.					
REPOSO EN CASA POR 7 DÍAS					
CONTROL EN SU CONSULTORIO A LA BREVEDAD PARA SEGUIMIENTO MEDICO					
>>CUADRO ACTUAL NO ES URGENCIA, PREFERIR SU CONSULTORIO<<					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15940229)					
IGNACIO ANDRÉS GONZÁLEZ CASTILLO					
MÉDICO APS					
18635642-K					