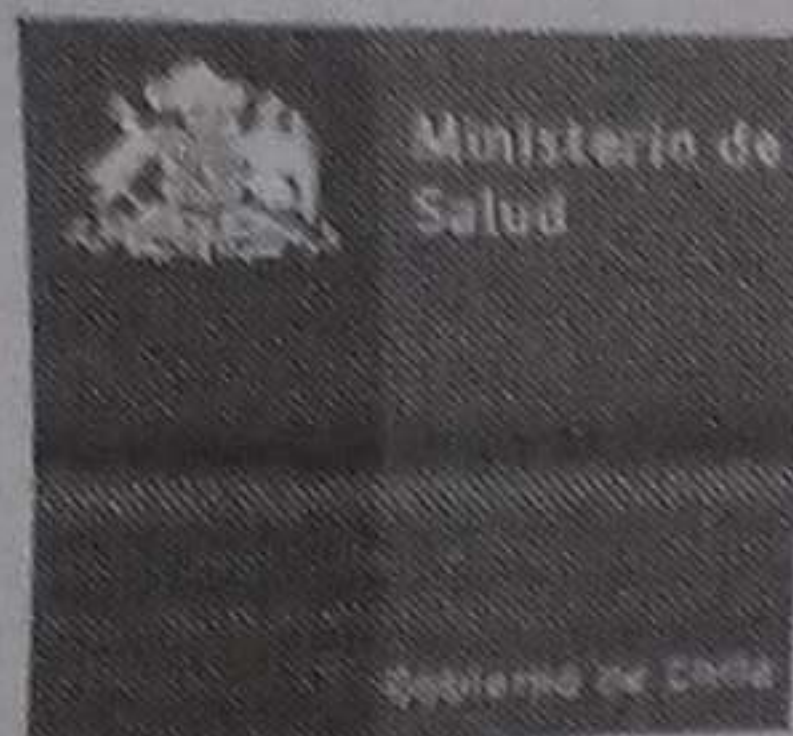


2/11/22, 11:09

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA



DATO DE URGENCIA (DAU)

ESTABLECIMIENTO: CESFAM SAN ROSENDO

FOLIO DAU:

5540

Cuenta Corriente

5571692

ADMISION: 02/11/2022 10:48

INICIO DE ATENCION: 02/11/2022 11:06

MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS

NOMBRE: CATALINA IGNACIA DÍAZ ALARCÓN

RUN: 24298056 - 5

EDAD: 9 años 4 meses 24 días

DIRECCION: PJE 6 CS 788 PALOMARES

PROCEDENCIA: URBANO

COMUNA: CONCEPCION (##)

SEXO: FEMENINO

PREVISION: FONASA - B

SIGNOS VITALES

Hora :	02/11/2022 10:49	
Temperatura Axilar:	36.9 [°Ca]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Pulso:	107 ['x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturación Oxígeno:	97 [%]	
Hemoglucotest:		
Presión Arterial Media:		
Escala Visual Análoga:		
Escala Glasgow:		
Peso:	47 [kg]	

Motivo de Consulta

ODINOFAJIA, CONGESTION NASAL, CEFALEA, FIEBRE, CON EVOLUCION DE UN DIA.

Tipo de Consulta : INFANTIL

Origen de la Procedencia

DOMICILIO

Otros Datos

* NINGUNO

Anamnesis y Examen Físico

PACIENTE INFANTIL, FEMENINA, SIN AM NI ALERGIAS CONOCIDAS, ACUDE A CESFAM POR ODINOFAJIA, CEFALEA, CONGESTION NASAL, FIEBRE, CON EVOLUCION DE UN DIA. AL EX FISICO: CLOTE, HIDRATADA, AMIGDALAS CONGESTIVAS, SIN PLACAS DE PUS.,

Diagnóstico

Sospecha Diagnóstica

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Destino Inmediato del Paciente

☒ Domicilio

Tratamiento Realizado

C.S.V SE ADMINISTRA CLORFENAMINA IM 1 AMPOLLA + KETOROLACO IM 1 AMPOLLA + CLORFENAMINA 1 C/12 HRS + IBUPROFENO 1 C/8 HRS

Procedimientos

TRATAMIENTO VIA INTRAMUSCULAR (INYECCION)

Medicamentos administrados en Box

- 6 - UNIDAD - IBUPROFENO 400 MG [COMPRIMIDO]
- 1 - UNIDAD - CLORFENAMINA MALEATO 10 MG/ML SOLUCION INYECTABLE [AMPOLLA]
- 6 - UNIDAD - CLORFENAMINA MALEATO 4 MG [COMPRIMIDO]
- 1 - UNIDAD - KETOROLACO 30 MG/ML SOLUCION INYECTABLE [AMPOLLA]

Indicaciones al Alta

ABUNDANTE HIDRATACION, REPOSO POR 3 DIAS. LOS SINTOMAS QUE MOTIVAN SU CONSULTA PUEDEN VARIAR O AGRAVARSE EN LAS HORAS POSTERIORES A LA CONSULTA, POR LO QUE ES NECESARIO QUE SE CONTROLE CON SU MEDICO TRATANTE O ESPECIALISTA SI LOS SINTOMAS CAMBIAN O PERSISTEN.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 5540)

SUSANA ARROYO CERNA
15922860-6
TECNICO PARAMEDICO

