



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14350066

BA ✓

ADMISION: 21/04/2024 17:11		INICIO DE ATENCION: 21/04/2024 18:35		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: MASCHLI JARET TAPIA AVILA		RUT : 23439505 - K		TELEFONO: 95603919 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE VILUMILLA 2425 C COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 13 años 6 meses 23 dias (29/09/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A		
<b>SIGNS VITALES</b>						
Hora :	21/04/2024 18:01	Motivo de Consulta FIEBRE ,TOS CON FLEMAS				
Temperatura Axilar:	38 [°C]	Observaciones Categorización FIEBRE ,TOS CON FLEMAS				
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardiaca:	124 ['x]	Funcionario Que Atiende				
Frecuencia Respiratoria:		Tipo de Consulta : INFANTIL				
Saturometría:	100 [%]	Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA				
Latidos Cardio - Fetales:		Origen de la Procedencia DOMICILIO				
Hemoglucotest:		Otros Datos * NINGUNO				
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	SI - NO	SI - NO				
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES						
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante	Fecha 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	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 Nº 14350066) J00X : RESFRIO COMUN						Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4
Anamnesis e historia clínica AM: ASMA? QX APENDICECTOMIA ÁL NO  CUADRO DE 2 DIAS DE TOS CON EXPECTORACION, DOLOR OCULAR BILATERAL Y FIEBRE HASTA 38°. SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SINTOMAS GASTROINTESTINALES.  EX FISICO: VOR, BIEN HIDRATADO Y PERFUNDIDA, LLENE CAPILAR <2 SEG NEUROLOGICO: PUPILLAS ISOCORICAS REACTIVAS, OCULOMOTILIDAD CONSERVADA, SIN FOCALIDAD NEUROLOGICA FARINGE ERITEMATOSA SIN EXUDADO CARDIO: RR2T NAS PULMONAR: MP (+) SIMETRICO SRA						Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box KETOROLACO IM						Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta REPOSO RELATIVO REGIMEN COMUN, ABUNDANTE LIQUIDO PARACETAMOL 500 MG 2 CM CADA 8 HORAS VIA ORAL POR 3 DIAS IBUPROFENO 400 MG 1 CM CADA 8 HORAS VIA ORAL POR 3 DIAS CONSULTAR EN URGENCIAS SI SINTOMAS DE ALARMA, SE EDUCU A PACIENTE						Categorización Cierre Atención C4
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14350066)						
VERÓNICA JAVIERA PULGAR BRAVO MEDICO APS 20071819-4						