



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 12555441

60B

ADMISSION: 13/10/2022 16:53		INICIO DE ATENCION: 13/10/2022 20:35		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: EMILIA FERNANDA POZAS SILVA		RUT:	23540671 - 3	TELEFONO:	72526121 (CELULAR)
DIRECCION: GRAL. CRUZ 0293 LLEGANDO A CAUPOLICAN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 11 años 8 meses 25 días (18/01/2011)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A

  

<b>SIGNOS VITALES</b>		
Hora :	13/10/2022 17:05	
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	120 [mmHg]	
Presión Diastólica:	62 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	68 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

  

<b>Motivo de Consulta</b>	
REF. PRESENTA RIESGO SUICIDA ALTO EN LA CASA Y HOY EN EL COLEGIO TERMINANDO SU CLASE . SE PROPINO CORTES EN LOS BRAZOS. ( CONSULT. MIRAF.)	

  

<b>Funcionario Que Atiende</b>	<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL
<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	

  

<b>Atención Manifestación Social:</b> NO	
<b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA	

  

<b>Origen de la Procedencia</b>	
DOMICILIO	
<b>Otros Datos</b>	
* NINGUNO	

  
**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**  

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>							
<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"/> 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	<table border="1" style="width:100%"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%"><tr><td> </td></tr></table>	
DIA	MES	AÑO								

  

<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° 12555441)</b>	<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>	
F321 : EPISODIO DEPRESIVO MODERADO 0000 : GESTO SUICIDA	<table border="1" style="width:100%"><tr><td>C3</td></tr></table>	C3
C3		

  

<b>Anamnesis e historia clínica</b>	<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
AM: NO. ACOMPANADA POR SU MADRE. REFIERE HOY EN EL COLEGIO EPISODIO DE AUTOLESIONES. ESPECIFICAMENTE SE CORTO ANTEBRAZO IZQUIERDO CON CORTA CARTON. REFIERE LO HIZO PARA "DESAHOGARSE". REFIERE ADEMAS MAS DE DOS SEMANAS DE EVOLUCION DE ANIMO BAJO Y LABILIDAD EMOCIONAL. AL EX FISICO EN BCG, TRANQUILA. EN ANTEBRAZO IZQUIERDO SE OBSERVAN DOS LESIONES CORTANTES MUY SUPERFICIALES, SIN SANGRADO ACTIVO. SIN IDEACION SUICIDA ACTUAL.	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido

  

<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>	<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
EX FISICO	Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.

  

<b>Indicaciones al alta</b>	<b>Categorización Cierre Atención</b>	
REPOSO EN CASA POR 2 SEMANAS MADRE SE COMPROMETIO A VIGILARLA Y ADMINISTRAR FARMACOS SERTRALINA 50 MG MEDIO COMP AL DIA CLOTIAZEPAM 10 MG MEDIO COMP AL DIA CONTROL EN POLICLINICO DE SALUD MENTAL DE SU CESFAM ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE SINTOMAS DE ALARMA	<table border="1" style="width:100%"><tr><td>C3</td></tr></table>	C3
C3		

  

<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12555441)</b>
CRISTIAN ALBERTO ROIG BARRÍA MEDICO APS 18472655-6

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.