



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14224163

IEA

ADMISION: 14/03/2024 17:25		INICIO DE ATENCION: 14/03/2024 20:56		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: ZAFIRO Yael Merab Chavarria Fuentes		RUT :	23077338 - 6	TELEFONO:	74741413 (CELULAR)																												
DIRECCION: CALLE MILANO 01346 POB. AMANECER S/N COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																														
EDAD: 14 años 7 meses 21 dias (22/07/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D																														
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>14/03/2024 17:56</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>112 [X]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Lat'dos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	14/03/2024 17:56	Temperatura Axilar:	37 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	112 [X]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	99 [%]	Lat'dos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:	A - V - D - I	Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	14/03/2024 17:56																																
Temperatura Axilar:	37 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardiaca:	112 [X]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	99 [%]																																
Lat'dos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:	A - V - D - I																																
Distresado:	SI - NO																																
	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> : FIEBRE, DOLOR DE HUESOS, CONGESTION NASAL DESDE AYER <b>Observaciones Categorización</b> : FIEBRE, DOLOR DE HUESOS, CONGESTION NASAL DESDE AYER <b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table> <b>Tipo de Consulta</b> : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA <b>Origen de la Procedencia</b> : DOMICILIO <b>Otros Datos</b> : * NINGUNO						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Odontólogo	<input checked="" type="checkbox"/> Matrón(a)	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																						
<input checked="" type="checkbox"/> Médico																																	
<input type="checkbox"/> Odontólogo																																	
<input checked="" type="checkbox"/> Matrón(a)																																	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																	
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <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         </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente  <input type="checkbox"/> Cortante  <input type="checkbox"/> Punzante  <input type="checkbox"/> Corte-punzante  <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  <input type="checkbox"/> Explosión  <input type="checkbox"/> Calor  <input type="checkbox"/> Frio  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>ANO</td> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> </tr> </table>						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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corte-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	ANO	Hora aproximada del hecho																	
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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corte-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	ANO	Hora aproximada del hecho																												
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>						<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																							
<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 Nº 14224163)</b> <b>3069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA</b>																																	
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> CS																																	
<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 Sin control Destino: Fecha de: Sin Indicación: Información. Hospitalización:																																	
<b>Categorización Cierre Atención</b> CS																																	
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>  <b>Indicaciones al alta</b> REPOSO EN CASA POR 5 DIAS NO SOBREABRIGAR HIDRATACION ABUNDANTE PARACETAMOL 500 MG, 2 COMP EN CASO DE DOLOR O FIEBRE SOBRE 38°C, MAXIMO CADA 8 HORAS IBUPROFENO 400 MG, 1 COMP EN CASO DE DOLOR O FIEBRE SOBRE 38°C QUE NO CEDE CON PARACETAMOL, MAXIMO CADA 8 HORAS LORATADINA 10 MG, 1 COMP CADA 24 HORAS POR 5 DIAS **RECONSULTAR SOS EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HUNDIMIENTO DE PARTES BLANDAS, RESPIRACION RAPIDA, SONIDO DE PITO EN EL PECHO, TOS DE PERRO Y DISFONIA, FIEBRE QUE NO CEDE CON MEDICAMENTOS** SI PERSISTEN SINTOMAS POR MAS DE 5 DIAS SOLICITAR CONTROL CON MEDICO GENERAL EN SU CESFAM																																	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14224163)</b> VÍCTOR RAÚL BASCUÑAN IGOR MÉDICO APS 18139360-3																																	

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.