



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14379970

02/05/2024

WBS

ADMISION: 29/04/2024 19:35		INICIO DE ATENCION: 29/04/2024 22:22		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: SOFIA ANTONIA NUÑEZ BARRA		RUT : 22134658 - 0		TELEFONO: 61002261 (CELULAR)																														
DIRECCION: CALLE LOS HUALLES 380 VILLA PULMAHUE COMUNA: TEMUCO EDAD: 17 años 10 meses 24 dias (05/06/2006)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - B																														
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>29/04/2024 19:56</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37.5 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>134 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>80 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>120 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>100 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>0 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	29/04/2024 19:56	Temperatura Axilar:	37.5 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	134 [mmHg]	Presión Diastólica:	80 [mmHg]	Frecuencia Cardíaca:	120 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:	0 ['x]		Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	29/04/2024 19:56																																	
Temperatura Axilar:	37.5 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:	134 [mmHg]																																	
Presión Diastólica:	80 [mmHg]																																	
Frecuencia Cardíaca:	120 ['x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometría:	100 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucotest:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:	0 ['x]																																	
Distresado:	NO	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> PADRE REFIERE DOLOR ABDOMINAL, VOMITOS, DOLOR MUSCULAR. (2 DIAS DE EVOLUCION).																																		
<b>Observaciones Categorización</b> PADRE REFIERE DOLOR ABDOMINAL, VOMITOS, DOLOR MUSCULAR. (2 DIAS DE EVOLUCION).																																		
<b>Funcionario Que Atiende</b> <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		<b>Tipo de Consulta</b> : ADULTO  Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																
		<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																
		<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td colspan="2"><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="2"><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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 Encapuchado  <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami         </td> <td colspan="2"> <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         </td> <td colspan="2"> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b>            :         </td> </tr> </table>						<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha 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"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Encapuchado <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami		<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"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :		DIA	MES	AÑO														
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha 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"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Encapuchado <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami		<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"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :		DIA	MES	AÑO																										
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 Nº 14379970)</b> B349 : VIROSES																																		
<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 Indicación Sin Hospitalización: Información.																																		
<b>Categorización Cierre Atención</b> CS																																		
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>																																		
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO EN CASA POR 3 DIAS REGIMEN LIVIANO, TODO COCIDO. SALES DE REHIDRATACION NA 90. 200 CC DESPUES DE CADA EPISODIO DE VOMITOS PARACETAMOL 500 MG 2 COMP CADA 8 HRS X 3 DIAS VO DOLOSPAM 1 COMP CADA 8 HRS X 3 DIAS VO DOMPERIDONA 10 MG 1 CADA 8 HRS X 3 DIAS VO CONSULTAR URGENCIA SOS. SE EXPLICAN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA																																		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14379970)</b> JUAN CARLOS MELLA PINELA MEDICO APS 17915393-9																																		