



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15650831

6B

ADMISION: 28/05/2025 11:23		INICIO DE ATENCION: 28/05/2025 13:13		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: TRINIDAD LOURDES MEJÍAS HENRÍQUEZ		RUT :	24418356 - 5	TELEFONO:	44206861 (CELULAR)						
DIRECCION: MAQUEHU 1692 PLC COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 11 años 7 meses 14 dias (14/10/2013)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A						
SIGNS VITALES											
Hora :	28/05/2025 11:50		Motivo de Consulta EMESIS, FIEBRE EN DOMICILIO.								
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]		Observaciones Categorización EMESIS, FIEBRE EN DOMICILIO. PESO:49KG								
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardiaca:	106 ['x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	100 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </tbody> </table>						Hora aproximada del hecho			:		
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 15650831)											
B349 : VIROSIS											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C5											
Condición del paciente al cierre de atención											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente											
Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.											
Categorización Cierre Atención											
C5											
Procedimientos e Indicaciones en box											
EVALUACION Y TTO MEDICO											
Indicaciones al alta											
IBUPROFENO1 TAB CDA 8 POR 3 DIAS SRO 90 TOMAR 200 CC CADA VOMITO O DIRREAS DOMPERIDONA DAR 10 GOTAS CADA 8 POR 3DIAS SOS VÓMITOS DIETA LIVINA MANTENER HIDRATADA URGENCIAS SOS SIGNOS DE ALARMAS REPOSO MEDICO POR 3 DIAS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15650831)											
MIGUELANGEL MEDINA MARTINEZ MEDICO APS 26142564-5											