



## FORMULARIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCIÓN: 11924705

SAR

ADmisión: 17/03/2022 22:23		INICIO DE ATENCIÓN: 17/03/2022 23:46		MÉDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: JOSEFA CATTALINA PALMA CARRILLO DIRECCION: PASAJE 5 NORTE N° 1015, TEMUCO EDAD: 10 años 3 meses 16 dias (01/12/2011)		RUT: 23812765 - 3 SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		TELÉFONO: 61378316 (CELULAR) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISIÓN: FONASA - A																													
<b>SIGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>17/03/2022 22:44</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.5 [°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 Cardíaca:</td><td>115 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardí - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucoset:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	17/03/2022 22:44	Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	115 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardí - Fetales:		Hemoglucoset:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	17/03/2022 22:44																																
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardíaca:	115 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	98 [%]																																
Latidos Cardí - Fetales:																																	
Hemoglucoset:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	NO																																
	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> MAMA REF QUE LLEGO DEL COLEGIO CON DOLOR DE GARGANTA																																	
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td>Tipo de Consulta : INFANTIL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td>Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td></td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																	
<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><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></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"/> Rifa  <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar  <input type="checkbox"/> Mordedura de perro  <input type="checkbox"/> Agresión sexual  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente  <input type="checkbox"/> Cortante  <input type="checkbox"/> Puntante  <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> <table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></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"/> Rifa <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"/> Puntante <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><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></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"/> Rifa <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"/> Puntante <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><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></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> <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 N° 11924705)</b> U07.2 : SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19) J029 : (En estudio) FARINGITIS AGUDA																																	
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="checkbox"/> C5																																	
<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																																	
<b>Categorización Cierre Atención</b> <input type="checkbox"/> C4																																	
<b>Indicaciones al alta</b> - CUARENTENA EN CASA HASTA RESULTADO DE EXAMEN (APROX 4 DIAS) SI RESULTADO ES NEGATIVO PUEDE VOLVER A LA ESCUELA - ABUNDANTES LÍQUIDOS - LAVADO FRECUENTE DE MANOS, USO DE MASCARILLA - PARACETAMOL COMP 500MG TOMAR 1/2 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 5 DIAS SI HAY FIEBRE O MALESTAR GENERAL. - CLORFENAMINA COMP 4MG TOMAR 1/2 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS. - ACUDIR SOS																																	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 11924705)</b>  ELEIN ALEXANDRA VEGAS SAYAGO MEDICO APS 27082670-9																																	

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.