



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 12192868

ADMISSION: 15/06/2022 14:36		INICIO DE ATENCION: 15/06/2022 15:29		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: YISSEL MARCELA CATRIFILO ORMEÑO		RUT: 22157778 - 7	TELEFONO: 67757492 (CELULAR)								
DIRECCION: CAMPAMENTO LINEA FERREA S/N TEMUC			PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
EDAD: 16 años 0 meses 14 días (01/06/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A								
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora :	15/06/2022 14:38										
Temperatura Axilar:	37.1 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:	127 [mmHg]										
Presión Diastólica:	75 [mmHg]										
Frecuencia Cardíaca:	116 [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. DOLOR DE CABEZA, DOLOR MUSCULAR, NAUSEAS YU ARDOR DE OJOS (MIRAFLORES)											
<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											
<b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA											
<b>Origen de la Procedencia</b> DESCONOCIDO											
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO											
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<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"/> 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> <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		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
				<b>Hora aproximada del hecho</b> :							
<b>Diagnóstico (DAU N° 12192868)</b> J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)											
<b>Anamnesis e historia clínica</b> AM: COLON IRRITABLE FARMACOS: NIEGA ALERGIAS: NIEGA  PÁCIENTE FAMILIAR DE FUNCIONARIO, CONSULTA POR MALESTAR GENERAL, ODINOFAGIA, RINORREA Y CONGESTION NASAL, DOLOR ABDOMINAL, ESCASAS NAUSEAS, SIN VOMITOS, SIN FIEBRE, SIN MIALGIAS, SIN ARTRALGIAS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA NI OTROS SINTOMAS.											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> EX FISICO: HD ESTABLE, BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADA BIEN PEFUNDIDA. OROFARINGE: ERITEMATOSA, AMIGDALAS BUEN TAMAÑO SIN PLACAS DE PUS NI OTRAS LESIONES. CARDIOPULMONAR: RR2T SIN SOPLOS, MP (+) SRA ABDOMEN: BDI RHA (+) SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL											
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO EN DOMICILIO X 3 DIAS VIADIL COMPUESTO 25 GOTAS C/ 8 HORAS POR 5 DIAS PARACETAMOL 500 MG C/8 HORAS PO 5 DIAS CONSULTA EN SU EN SOS											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12192868)</b> <b>Dr Luis Toledo</b> LUIS HERNANDO TOLEDO RIQUELME MEDICO APS 18955629-2 <b>Medicina Gen</b> <b>RUT 18.955.629-2</b>											

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.