

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14368167

II-PA

ADMISION: 26/04/2024 17:36		INICIO DE ATENCION: 26/04/2024 20:09		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: MATILDE FLORENCIA GONZALEZ PAINENAO		RUT :	22325936 - 7	TELEFONO:	76014567 (CELULAR)																																							
DIRECCION: LLAMUCO BAJO-CAJON COMUNA: VILCUN EDAD: 17 años 2 meses 18 días (08/02/2007)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A																																							
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>26/04/2024 18:03</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.9 [°C]</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>126 [mmHg]</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>64 [mmHg]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>115 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</td><td></td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDT):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	26/04/2024 18:03		Temperatura Axilar:	36.9 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:	126 [mmHg]		Presión Diastólica:	64 [mmHg]		Frecuencia Cardiaca:	115 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	26/04/2024 18:03																																											
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:	126 [mmHg]																																											
Presión Diastólica:	64 [mmHg]																																											
Frecuencia Cardiaca:	115 ['x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometría:	98 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																										
Motivo de Consulta MADRE REFIERE DESDE AYER CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, ESCALOFRIOS, TOS ABUNDANTE																																												
Observaciones Categorización MADRE REF TOS CON EXPECTORACIÓN, CALOFRIOS, ODINOFAGIA, CALOFRIOS, DESDE AYER.																																												
Funcionario Que Atiende <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		Tipo de Consulta : ADULTO Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																										
Origen de la Procedencia DOMICILIO																																												
Otros Datos * NINGUNO																																												
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Naturaleza del Hecho</td> <td colspan="2">Elemento Causante</td> <td colspan="2">Fecha Aproximada del Hecho</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 Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <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> : </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> 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 </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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <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> :		DIA	MES	AÑO				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																				
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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <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> :		DIA	MES	AÑO																																				
DIA	MES	AÑO																																										
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 14368167) 300X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)																																												
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 C4																																												
Procedimientos e indicaciones en box KETOROLACO EV METAMIZOL 1 AMP																																												
Procedimientos INYECCION ENDOVENOSA ADMINISTRACION FLEBOCLISIS																																												
Indicaciones al alta - REPOSO EN DOMICILIO POR HOY HASTA EL DOMINGO - HIDRATACION ADECUADA - REGIMEN LIVIANO - PARACETAMOL 500 MG 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HRS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE - DICLOFENACO 50 MG CADA 8 HRS X 3 DIAS - DESLORATADINA 10 MG AL DIA POR 5 DIAS - URGENCIA SOS																																												
Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU Nº 14368167) <table border="1"> <tr> <th>Fecha Envío</th> <th>Fecha Regreso</th> <th>Tipo</th> <th>Comentario</th> </tr> <tr> <td>26/04/2024 20:10</td> <td>26/04/2024 21:27</td> <td>OBSERVACION</td> <td></td> </tr> </table>						Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario	26/04/2024 20:10	26/04/2024 21:27	OBSERVACION																																
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario																																									
26/04/2024 20:10	26/04/2024 21:27	OBSERVACION																																										
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14368167) CATALINA OYARZUN ARAVENA MEDICO APS 19290913-9																																												

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.