



TVA

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14399883

ADMISSION: 05/05/2024 15:49		INICIO DE ATENCION: 05/05/2024 16:38		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS													
NOMBRE: GABRIELA CALFIN PEREZ		RUT :	22199317 - 9	TELEFONO:	Sin información												
DIRECCION: MOLCO 2071 COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 17 años 8 meses 4 dias (01/09/2006)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):													
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - D												
<b>SIGNOS VITALES</b>																	
Hora :	05/05/2024 16:11																
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																
Temperatura Rectal:																	
Presión Sistólica:	108 [mmHg]																
Presión Diastólica:	56 [mmHg]																
Frecuencia Cardiaca:	67 ['x]																
Frecuencia Respiratoria:																	
Saturometria:	100 [%]																
Latidos Cardio - Fetales:																	
Hemoglucotest:																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I															
Dolor, EVA:																	
Distresado:	NO	SI - NO															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <b>Motivo de Consulta</b>            REF CEFALEA , TOS CON FLEMA Y FIEBRE         </div> <div style="flex: 1;"> <b>Observaciones Categorización</b>            REF CEFALEA , TOS CON FLEMA Y FIEBRE         </div> </div>																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <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         </div> <div style="flex: 1;"> <b>Tipo de Consulta :</b> ADULTO             Atención Manifestación Social: NO            Tipo de Paciente: NO APLICA         </div> </div>																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <b>Origen de la Procedencia</b>            DOMICILIO         </div> <div style="flex: 1;"> <b>Otros Datos</b>            * NINGUNO         </div> </div>																	
<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"/> 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>									Hora aproximada del hecho						:		
			Hora aproximada del hecho														
			:														
<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 N° 14399883)</b> <b>J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO</b>																	
<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>Procedimientos e indicaciones en box</b> IBUPROFENO 400 1 C8 X5 CLORFENAMINA 1 C8X5 DOMPERIDONA 10 1 X 3 DS <b>REPOSO EN CAMA AISLADA X 7 DIAS</b>																	
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de: _____ Indicación: _____ Sin Información. Hospitalización: _____																	
<b>Indicaciones al alta</b>  <b>Dr. Rodrigo Hinojosa Klaue</b> RUT: 12.880.062-7																	
<b>Categorización Cierre Atención</b> <input type="checkbox"/> C5																	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14399883)</b>  <b>RODRIGO HINOJOZA KLAUE</b> MEDICO APS 12668062-7																	

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.