

IV A



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14399883

ADMISION: 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 informacion	
DIRECCION: MOLCO 2071		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - D	
EDAD: 17 años 8 meses 4 días (01/09/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora :	05/05/2024 16:11		REF CEFALEA , TOS CON FLEMA Y FIEBRE		
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]		<b>Observaciones Categorización</b>		
Temperatura Rectal:			REF CEFALEA , TOS CON FLEMA Y FIEBRE		
Presión Sistólica:	108 [mmHg]		<b>Funcionario Que Atiende</b>		
Presión Diastólica:	56 [mmHg]		<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		
Frecuencia Cardíaca:	67 [x]		Tipo de Consulta : ADULTO		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	100 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			<b>Origen de la Procedencia</b>		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	<b>Otros Datos</b>		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	NO	SI - NO			

  

<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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td colspan="2"></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> J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> CS
<b>Anamnesis e historia clínica</b> CUADRO CATARRAL SIMPLE 48 H EVOL, CON FEBRICULA, RINORREA Y ODINOFAGIA. ACOMPAÑADA DE SU HERMANA CON CUADRO SIMILAR, MAS SEVERO DE 24 H EVOL. AL INGRESO AFEBRIL Y EUPNEICA, LEVE RINORREA, ERITEMA FARINGEO		<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 1-1 X 3 DS REPOSO EN CAMA AISLADA X 7 DIAS		<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">         Dr. Rodrigo Hinojosa Klauje          RUT 12 600 062-7       </div>		<b>Categorización Cierre Atención</b> CS
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14399883)</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;">         RODRIGO HINOJOSA KLAUE          MEDICO APS          12658062-7       </div>		

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.