

N A



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKEWE-PELALE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 14236349

ADMISSION: 18/03/2024 13:43		INICIO DE ATENCION: 18/03/2024 14:26		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: SOLEDAD MABEL HUINCA MARIN		RUT: 21951841 - 2	TELEFONO: 48890922 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE SECTOR MILLELCHE QUEPE		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: RANCAGUA		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A		
EDAD: 18 años 5 meses 5 días (13/10/2005)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	18/03/2024 13:44		REFIERE PLURITOS GENERALIZADOS, ADEMAS QUE LE ARDE LA CARA Y CEFALEA DESDE HOY EN LA MAÑANA		
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	114 [mmHg]		Observaciones Categorización		
Presión Diastólica:	75 [mmHg]		REFIERE PLURITOS GENERALIZADOS, ADEMAS QUE LE ARDE LA CARA Y CEFALEA DESDE HOY EN LA MAÑANA		
Frecuencia Cardíaca:	89 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	SI - NO	SI - NO			

Funcionario Que Atiende				Tipo de Consulta : ADULTO	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Odontólogo	<input type="checkbox"/> Matron(a)	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Atención Manifestación Social: NO	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	<input type="checkbox"/> Kinesiólogo			Tipo de Paciente: NO APLICA	
				Origen de la Procedencia	
				DOMICILIO	
				Otros Datos	
				* NINGUNO	

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES															
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"/> 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		<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> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			
DIA	MES	AÑO													
Hora aproximada del hecho															
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 N° 14236349)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
L239 : ALERGIA DERMATITIS		CS	
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
AM: NIEGA ALERGIAS: NIEGA AQX: NIEGA PACIENTE ACUDE A URGENCIAS POR SARPULLIDO QUE LE COMENZO HOY EN LA MAÑANA, EN ROSTRO, MANOS Y MUSLO. ADEMAS REFIERE QUE CARA LE ARDIA, Y AHORA PRESENTA CEFALEA. INDICA QUE LE HABIA PASADO ANTES PERO CON EL FRIO, LAS TRANSPIRACION LE DABA ALERGIA, CONCOMITANTE PRESENTA ASTENIA, NIEGA DISNEA. NIEGA ALGUN ELEMENTO NUEVO QUE LE PUEDA HABER GENERADO ALERGIAS, RINITIS. EF: PACIENTE CLOTEP, COOPERADORA. NO SE OBSERVAN LESIONES EN PIEL DE ROSTRO, LEVE ERITEMA A NIVEL DE ZONA MEJILLAS, EN PIERNAS PEQUEÑAS LESIONES PUNTIFORMES NO ERITEMATOSAS. NEUROLOGICO NORMAL		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:	
Procedimientos e Indicaciones en box		Categorización Cierre Atención	
KETOROLACO 30MG + CLORFENAMINA 10MG IM		CS	
Indicaciones al alta			
REPOSO RELATIVO HIDRATACION ABUNDANTE EVITAR EXPOSICION A ALERGENOS LORATADINA 10MG 1 COMP C/24HRS SOS ALERGIA PARACETAMOL 500MG 2 COMP C/8HRS SOS CEFALEA NAPROXENO 550 ME 1 COMP C/12HRS SOS CEFALEA PERSISTENTE CONSULTA SOS URGENCIAS.			
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14236349)			
KEVIN ESCARATE REINOSO MEDICO APS 1967900819 Médico Cirujano			

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.