



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 11936255

5º B.

ADMISION: 21/03/2022 20:53	INICIO DE ATENCION: 21/03/2022 22:28	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																												
NOMBRE: JOSEFA CATTALINA PALMA CARRILLO DIRECCION: PASAJE 5 NORTE N° 1015, TEMUCO EDAD: 10 años 3 meses 20 dias (01/12/2011)		RUT: 23812765 - 3 SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) TELEFONO: 61378316 (CELULAR) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																												
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>21/03/2022 21:07</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.2 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>87 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>			Hora :	21/03/2022 21:07	Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	87 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	21/03/2022 21:07																													
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																													
Temperatura Rectal:																														
Presión Sistólica:																														
Presión Diastólica:																														
Frecuencia Cardiaca:	87 ['x]																													
Frecuencia Respiratoria:																														
Saturometría:	99 [%]																													
Latidos Cardio - Fetales:																														
Hemoglucotest:																														
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																													
Dolor, EVA:																														
Distresado:	NO																													
	SI - NO																													
Motivo de Consulta REF: TOS CON FLEMA, DISFONICA DESDE EL JUEVES SE REALIZA EL PCR EL JUEVES CON RESULTADO NEGATIVO ASMA																														
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 : INFANTIL 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>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <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 </td> <td> <table border="1"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho : </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"/> 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"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	AÑO																			
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"/> 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"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho :	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 N° 11936255) 300X : RESFRIO 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																														
Categorización Cierre Atención C5																														
Procedimientos e indicaciones en box																														
Indicaciones al alta INGESTA DE ABUNDANTE LIQUIDO REPOSO POR 3 DIAS DICLOFENACO 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP CADA 12 HORAS POR 3 DIAS AMBROXOL 5 ML CADA 8 HORAS POR 7 DIAS																														
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 11936255) BLEYDIMAR JOSE LOPEZ CARVAJAL MEDICO APS 26367116-3																														

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.