



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: VILCUN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 12030923

II-A

ADMISION: 25/04/2022 13:00		INICIO DE ATENCION: 25/04/2022 13:08		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: PAULINA IVETTE INOSTROZA PRIETO DIRECCION: CALLE CAUPOLICAN 57-B CAROLINA CHERQUENCO EDAD: 15 años 9 meses 15 dias (10/07/2006)		RUT: 22156414 - 6	TELEFONO: 79106829 (CELULAR) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):						
		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B (PRAIS)						
SIGNS VITALES									
Hora :	25/04/2022 13:02								
Temperatura Axilar:	37 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:	95 [mmHg]								
Presión Diastólica:	53 [mmHg]								
Frecuencia Cardiaca:	98 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometria:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	NO	SI - NO							
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"/> 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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table> 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 12030923)									
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C5									
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.									
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5									
Indicaciones al alta									
REPOSO EN CASA POR 3 DIAS HIDRATACION ABUNDANTE PARACETAMOL 1 G CA DA8 HRS X 3 DIAS DICLOFENACO 50 MG1 CAD A8 HRS X 3 DIAS DESLORATADINA 5 MG DIA X 5 DIAS URGENCIAS SOS									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12030923)									
IGNACIO ISOE CHAVEZ SEGURA MEDICO APS 18592790-3									

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.