



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 12123016

6-0

ADMISSION: 24/05/2022 20:49		INICIO DE ATENCION: 24/05/2022 21:54		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ANAÍS ANTONIA NOVOA AROS		RUT: 23292146 - 3		TELEFONO: 50626660 (CELULAR)	
DIRECCION: PIRIZIO BIROLI N°18 PUERTO CISNES		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): FONASA - A	
EDAD: 12 años 1 meses 21 días (03/04/2010)				PREVISION: FONASA - A	

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	24/05/2022 20:58		REF. FEBRIL, VOMITOS.		
Temperatura Axilar:	38 [°C]		Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrán(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	137 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	97 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:			Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA		
Distresado:	NO	SI - NO	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"/> 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>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Hora aproximada del hecho					
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° 12123016) R104 : (En estudio) DOLOR ABDOMINAL		Resultado aplicación protocolo selector de demanda <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; text-align: center;">C4</div>	
Anamnesis e historia clínica ANT MÓRBIDOS NO ANT DE ALERGIAS NO PRESENTA FEBRIL, VOMITOS., DOLOR ABDOMINAL HACE APROX 1 DIA SIN DIARREA AL EXAMEN FISICO BUEN ASPECTO GENERAL ABDOMEN RHA + SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL DOLOR A PALPACION PROFUNDA EN FOSA ILIACA DERECHA		Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control	
Indicaciones al alta SOLICITO EXAMEN DE URGENCIA EN LABORATORIO MIRAFLORES CONTROL DE EXAMEN EN SAR LABRANZA PARACETAMOL 500 MG 2 COMP CADA 8 HRAS EN CASO DE FIEBRE CONSULTAR A URGENCIA SOS		Categorización Cierre Atención <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; text-align: center;">C5</div>	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12123016) <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; height: 100px;"> <div> ALVARO COLIPE HUENUL MEDICO APS 16389052-6 </div> <div style="text-align: right;"> </div> </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.