

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

6:00 B

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15512806

ADMISSION: 15/04/2025 19:58		INICIO DE ATENCION: 15/04/2025 22:32		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: JULIETA AGUSTINA BELÉN ORELLANA ORELLANA		RUT : 24421147 - K		TELÉFONO: 59248285 (CELULAR)																																								
DIRECCION: CALLE PUESTA DE SOL 03550 COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
EDAD: 11 años 5 meses 28 días (18/10/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A																																								
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>15/04/2025 20:19</td> <td>15/04/2025 22:40</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.8 [°C]</td> <td>38 [°C]</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>108 [x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>99 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDI):</td> <td>ALERTA</td> <td>ALERTA</td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td>3 [x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>NO</td> </tr> </table>						Hora :	15/04/2025 20:19	15/04/2025 22:40	Temperatura Axilar:	36.8 [°C]	38 [°C]	Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	108 [x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	99 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA	Dolor, EVA:	3 [x]		Distresado:	NO	NO
Hora :	15/04/2025 20:19	15/04/2025 22:40																																										
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]	38 [°C]																																										
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	108 [x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometría:	99 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA																																										
Dolor, EVA:	3 [x]																																											
Distresado:	NO	NO																																										
Motivo de Consulta REF. MADRE, 3 DIAS CON FIEBRE, DOLOR ARTICULAR, CEFALÉA, DOLOR GARGANTA																																												
Observaciones Categorización SIN INFORMACIÓN																																												
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td colspan="2">Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td colspan="2">Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td colspan="2">Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL		<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																							
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																											
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																											
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																												
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																												
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																												
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 <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> <td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">:</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table> </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"/> 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho					:		Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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									
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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho																																			
DIA	MES	AÑO																																										
			:																																									
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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																																		
<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 15512806) J068 : FARINGOAMIGDALITIS																																												
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 Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.																																												
Categorización Cierre Atención C5																																												
Procedimientos e indicaciones en box DICLOFENAC SODICO 1 AMPOLLA IM PESO: 44.5 KG																																												
Procedimientos INYECCION INTRAMUSCULAR																																												
Indicaciones al alta REPOSO POR 5 DIAS LIQUIDO ABUNDANTE ASEO NASAL FRECUENTE AMOXICILINA 1 COMPRIMIDO CADA 8 HRS POR 7 DIAS LORATADINA 10MG: 1 COMP AL DIA (NOCHE) POR 5 DIAS IBUPROFEN 8 CC C/BHR SOS DOLOR INTENSO QUE NO CEDE CON PARACETAMOL. CONTROL EN CONSULTORIO SI SÍNTOMAS PERSISTEN ACUDIR URGENCIAS SI SE EXPONEN SIGNOS DE ALARMA																																												
Medico Circulante Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15512806) JOHANNA GARRIDO DE LEON MEDICO APS 26002043-9 S.I.S: 635934																																												

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 777 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.