



**FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA**

**ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON**

NUMERO DE ATENCION: 15019279

ADMISION: 10/11/2024 10:13		INICIO DE ATENCION: 10/11/2024 10:56		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: CATALINA ANDREA LOPEZ CAMPOS		RUT :	25112961 - 4	TELEFONO:	59440384 (CELULAR)				
DIRECCION: MARTIN DROULLY 2424		PUEBLO ORIGINARIO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):						
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:							
EDAD: 9 años 1 meses 30 dias (11/09/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - C						
<b>SIGNS VITALES</b>									
Hora :	10/11/2024 10:14								
Temperatura Axilar:	37.4 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	120 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	98 [%]								
Latido Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:	1 ['x]								
Distresado:	NO	SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b>									
MADRE REF, FIEBRE, CEFALEA, MIALGIA									
<b>Observaciones Categorización</b>									
MADRE REF, FIEBRE DESDE AYER, CEFALEA, MIALGIA, TOS PCT 500 MG C/ 8 HRS EL ULTIMO A LAS 11 PM AYER									
<b>Funcionario Que Atiende</b>									
<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									
<b>Origen de la Procedencia</b>									
DOMICILIO									
<b>Otros Datos</b>									
* NINGUNO									
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>									
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>					
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>									
<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									
<b>Diagnóstico (DAU Nº 15019279)</b>									
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA									
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>									
CS									
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>									
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>									
Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.									
<b>Categorización Cierre Atención</b>									
CS									
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>									
<b>Indicaciones al alta</b>									
REPOSO RELATIVO EN CASA POR 4 DIAS REGIMEN COMUN, ABUNDANTE LIQUIDO PARACETAMOL 500 MG 1 CM CADA 6 HORAS POR 3 DIAS IBUPROFENO 400 MG 1 CM CADA 8 HORAS POR 3 DIAS CONSULTAR EN URGENCIAS SI SINTOMAS DE ALARMA, SE EDUCU A PACIENTE									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15019279)</b>									
VERÓNICA JAVIERA PULGAR BRAVO MEDICO APS 20071819-4									

3<sup>e</sup> A-

**LLAME A SALUD RUES PREGUNTAS 500 360 7777** Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.