

**FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA**

S-8

ESTABLECIMIENTO: **SAR CAJON**

NUMERO DE ATENCION: **12656713**

ADMISION: <b>08/11/2022 17:10</b>		INICIO DE ATENCION: <b>08/11/2022 17:45</b>		MEDIO LLEGADA: <b>PROPIOS MEDIOS</b>																																								
NOMBRE: <b>AMY ASTUDILLO ESTRADA</b>		RUT: <b>23814872 - 3</b>	TELEFONO: <b>65571773 (CELULAR)</b>																																									
DIRECCION: <b>CALLE EL ULMO #278, VILLA LOS MOLINOS-CAJON S/N</b>		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																									
EDAD: <b>10 años 11 meses 0 días (08/12/2011)</b>		SEXO (GÉNERO): <b>MUJER (FEMENINO)</b>	PREVISION: <b>FONASA - B</b>																																									
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td>Hora :</td><td>08/11/2022 17:21</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37.3 [°C]</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>121 [mmHg]</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>82 [mmHg]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>133 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td>22 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>96 [%]</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><b>ALERTA</b></td><td><b>A - V - D - I</b></td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td><b>NO</b></td><td><b>SI - NO</b></td></tr> </table>						Hora :	08/11/2022 17:21		Temperatura Axilar:	37.3 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:	121 [mmHg]		Presión Diastólica:	82 [mmHg]		Frecuencia Cardíaca:	133 ['x]		Frecuencia Respiratoria:	22 ['x]		Saturometría:	96 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	<b>ALERTA</b>	<b>A - V - D - I</b>	Dolor, EVA:			Distresado:	<b>NO</b>	<b>SI - NO</b>
Hora :	08/11/2022 17:21																																											
Temperatura Axilar:	37.3 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:	121 [mmHg]																																											
Presión Diastólica:	82 [mmHg]																																											
Frecuencia Cardíaca:	133 ['x]																																											
Frecuencia Respiratoria:	22 ['x]																																											
Saturometría:	96 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	<b>ALERTA</b>	<b>A - V - D - I</b>																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	<b>NO</b>	<b>SI - NO</b>																																										
<b>Motivo de Consulta</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">DESDE EL VIERNES CON FIEBRE, DOLOR DE CUERPO Y VOMITOS</span>																																												
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>						<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																																	
<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																																												
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tipo de Consulta : INFANTIL</span>																																												
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Atención Manifestación Social: NO</span>																																												
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tipo de Paciente: NO APLICA</span>																																												
<b>Origen de la Procedencia</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">DOMICILIO</span>																																												
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																												
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </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"/> Puntante  <input type="checkbox"/> Corto-puntante  <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  <input type="checkbox"/> Explosión  <input type="checkbox"/> Calor  <input type="checkbox"/> Frío  <input type="checkbox"/> Otro       </td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Hora aproximada del hecho</span> </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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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;"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Hora aproximada del hecho</span>	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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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;"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Hora aproximada del hecho</span>	DIA	MES	AÑO																																							
DIA	MES	AÑO																																										
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <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																																												
<b>Diagnóstico (DAU N° 12656713)</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">JO69 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA</span>																																												
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C4</span>																																												
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Vivo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fallecido</td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Vivo	<input type="checkbox"/> Fallecido																																					
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo																																												
<input type="checkbox"/> Fallecido																																												
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control																																												
<b>Categorización Cierre Atención</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C4</span>																																												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> <p style="text-align: right; color: blue; font-size: 1.5em;">Sobr → 1 tazón después de vomitar</p>																																												
<b>Indicaciones al alta</b> <p style="text-align: right; color: blue; font-size: 1.5em;">Un grunto en la noche en el ojo x 5 días</p> <p>HIDRATACION ABUNDANTE REPOSO EN CASA POR 5 DIAS PARACETAMOL 1,5 COMP CADA 8 HORAS POR 5 DIAS IBUPROFENO 400 MG, 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS RECONSULTAR SOS - EDUCO SIGNOS DE ALARMA</p>																																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12656713)</b> <p style="text-align: right; color: blue; font-size: 1.5em;">Karina Romero A. Médico cirujano 19.075.260-7</p> <p>KARINA ELISA ROMERO ANRÍQUEZ MEDICO APS 19075260-7</p>																																												