

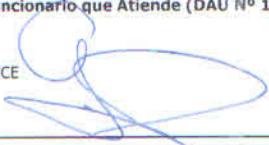


FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 12375205

UB

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|------------------------------|--|-----|--|---|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---------|--------------------------|-----|---------------|--------|---------------------------|---|---------------------------|--|------------------------------|--------|-------------|--|-------------|----|--|---------|
| ADMISION: 18/08/2022 17:22 | | INICIO DE ATENCION: 18/08/2022 23:43 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: CONSTANZA MACIEL FICA TORRES | | RUT: 22044612 - 3 | TELEFONO: 92089616 (CELULAR) | DIRECCION: CLODOMIRO N° 1542, SAN ANTONIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRECCION: CLODOMIRO N° 1542, SAN ANTONIO | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>18/08/2022 17:30</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.3 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>88 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table> | | | | | | Hora : | 18/08/2022 17:30 | Temperatura Axilar: | 36.3 [°C] | Temperatura Rectal: | | Presión Sistólica: | | Presión Diastólica: | | Frecuencia Cardiaca: | 88 ['x] | Frecuencia Respiratoria: | | Saturometría: | 99 [%] | Latidos Cardio - Fetales: | | Hemoglucotest: | | Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | Dolor, EVA: | | Distresado: | SI | | SI - NO |
| Hora : | 18/08/2022 17:30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 36.3 [°C] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardiaca: | 88 ['x] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saturometría: | 99 [%] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distresado: | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SI - NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo de Consulta PADRE REF. TOS, DOLOR DE GARGANTA, DOLOR DE PECHO, DOLOR DE HUESOS, Y DOLOR LUMBAR BAJO, 2D DE EVOL. (CSF MIRAFLORES).- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Funcionario Que Atiende <table border="1"> <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Consulta : ADULTO Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Origen de la Procedencia DOMICILIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros Datos * NINGUNO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Naturaleza del Hecho</td> <td colspan="2">Elemento Causante</td> <td colspan="2">Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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 colspan="2"> <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> <table border="1"> <tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="2">:</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"/> 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 | | | | <table border="1"> <tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="2">:</td></tr> </table> | Hora aproximada del hecho | | : | | | | | | | |
| 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"/> 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 | | | | <table border="1"> <tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="2">:</td></tr> </table> | Hora aproximada del hecho | | : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Categorización Cierre Atención C4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anamnesis e historia clínica AM: (-) QX: AMIGDLECTOMIA, ADENOIDES ALERGIAS: (-) HACE 4 DIAS CON MIALGIA, CEFALEA, ODINOFAGIA Y TOS. AL EXAMEN VIGIL, ATENTA, ORIENTADA, BIEN PERFUNDIDA, BIEN HIDRATADA FARINGE ERITEMATOSA SIN PLACAS DE PUS. PULMONAR: MP (+), SRA CARDIACO RR2T, NAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box ANTIGENO (-) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicaciones al alta PACIENTE CON INDICACIÓN DE REPOSO EN CASA DESDE EL 16/08 AL 19/08 PARACETAMOL 2 CM C/8HRS POR 5 DIAS IBUPROFENO 1 CM C/8HRS POR 3 DIAS CONSULTAR EN CASO DE SINTOMA DE ALARMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12375205)  VALERIA GONZALEZ PONCE MEDICO APS 19616212-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.