

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA



ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14374622

1<sup>o</sup> A.

ADMISION: 28/04/2024 13:36		INICIO DE ATENCION: 28/04/2024 14:32		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																					
NOMBRE: ANTONIA ESPERANZA SOTO BOISIER		RUT :	25960665 - 9	TELÉFONO:	75673629 (CELULAR)																																				
DIRECCION: CALLE NEVADO LLAIMA N° 3616, COMUNA: TEMUCO EDAD: 6 años 6 meses 1 dias (27/10/2017)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																					
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A																																				
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>28/04/2024 13:42</td> <td>28/04/2024 14:27</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>38.9 [°C]</td> <td>39.1 [°C]</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 Cardíaca:</td> <td>105 [x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturación:</td> <td>97 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Látilos 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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>NO</td> </tr> </table>						Hora :	28/04/2024 13:42	28/04/2024 14:27	Temperatura Axilar:	38.9 [°C]	39.1 [°C]	Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardíaca:	105 [x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturación:	97 [%]		Látilos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	NO
Hora :	28/04/2024 13:42	28/04/2024 14:27																																							
Temperatura Axilar:	38.9 [°C]	39.1 [°C]																																							
Presión Sistólica:																																									
Presión Diastólica:																																									
Frecuencia Cardíaca:	105 [x]																																								
Frecuencia Respiratoria:																																									
Saturación:	97 [%]																																								
Látilos Cardio - Fetales:																																									
Hemoglucotest:																																									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA																																							
Dolor, EVA:																																									
Distresado:	NO	NO																																							
<b>Motivo de Consulta</b> MADRE REF, FIEBRE, DEPOSICIONES LIQUIDAS.																																									
<b>Observaciones Categorización</b> MADRE REFIERE HACE 2 DIAS DOLOR DE GARGANTA, AYER SE AGREGA FIEBRE, DIARREA, MIALGIAS Y CEFALEA. HA MANEJADO CON PCT E IBUPROFENO (ULTIMOS MEDICAMENTOS ANOCHE)																																									
<b>Funcionario Que Atiende</b> <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(n) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																									
<b>Tipo de Consulta</b> : 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> <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"/> Rifa  <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"/> Puntzante  <input type="checkbox"/> Corte-puntzante  <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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b>  : </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"/> Rifa <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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corte-puntzante <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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	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"/> Rifa <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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corte-puntzante <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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO																																				
DIA	MES	AÑO																																							
<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 N° 14374622)</b> <b>ANEXO : DIARRÉA Y GASTROENTERITIS INFECCIOSA</b>																																									
<b>Resultado aplicación protocolo</b> <input type="checkbox"/> C4																																									
<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 Desp. a... Fecha de Indicación: _____ Sin Hospitalización: _____ Información.																																									
<b>Categorización Cierre Atención</b> <input type="checkbox"/> C5																																									
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>    																																									
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO MEDICO POR 5 DIAS REGIMEN LIVIANO A TOLERANCIA MEDIDAS ANTITÉRMICAS PARA MANEJO DE FIEBRE PARACETAMOL 500 MG 3/4 COMP CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE IBUPROFENO 200/5 ML 6.5 ML CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE MAYOR A 38.5 °C SALES DE RE-HIDRATACION ORAL A TOLERANCIA CONTROL MEDICO EN POLICLINICO CESFAM EN CASO PERSISTIR SINTOMAS Y REQUERIR EVALUACIÓN CONSULTAR A URGENCIA SOS																																									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14374622)</b>     <i>Alvaro Antonio Colipe Huenul 16.389.052-6 Pediátrico Especialista RC</i>																																									

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 977 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.