

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15575894

21/03

ADMISION: 06/05/2025 09:05		INICIO DE ATENCION: 06/05/2025 10:05		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: ALLINRAY ALELI MARDONES TRIPAIÑAN		RUT: 23014755 - 8		TELÉFONO: 81335697 (CELULAR)																													
DIRECCION: PASAJE SEBASTIAN N° 1289, SAN ANTONIO COMUNA: TEMUCO EDAD: 16 años 0 meses 1 dias (05/05/2009)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - B																													
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>06/05/2025 09:18</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.7 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>117 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>70 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>110 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>96 [%]</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><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	06/05/2025 09:18	Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	117 [mmHg]	Presión Diastólica:	70 [mmHg]	Frecuencia Cardiaca:	110 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometria:	96 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:		Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	06/05/2025 09:18																																
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:	117 [mmHg]																																
Presión Diastólica:	70 [mmHg]																																
Frecuencia Cardiaca:	110 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometria:	96 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																															
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	NO	SI - NO																															
Motivo de Consulta MADRE REF. SENSACIÓN FEBRIL, DOLOR DE CABEZA, TOS CON SECR. ASOC A DOLOR DE PECHO Y DIF PARA RESP. 3D DE EVOL. (CSF MIRAFLORES).-																																	
Observaciones Categorización MADRE REF. DOLOR DE GARGANTA, AFONIA, DOLOR DE PECHO ASOC. AL TOSER, TOS CON FLEMAS EVOL. 3 DIAS																																	
Funcionario Que Atiende <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 <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td colspan="2"> DIA MES AÑO : : : </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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 </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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro		DIA MES AÑO : : :		Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro		DIA MES AÑO : : :																													
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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 N° 15575894) J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIO COMUN)																																	
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 																																	
Indicaciones al alta REPOSO EN CASA POR ESTA SEMANA HIDRATACIÓN ABUNDANTE PARACETAMOL 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS IBUPROFENO 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS LORATADINA 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 5 DÍAS EN CASO DE PERSISTIR SÍNTOMAS ACUDIR A POLICLÍNICO DE MORBILIDAD EN SU CONSULTORIO RECONSULTAR EN URGENCIA SOS																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15575894) ALVARO IGNACIO VILALBA PACHECO MEDICO APS 1907597-5																																	

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.