



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR QUEPE

NUMERO DE ATENCION: 12737331

88

ADMISSION: 29/11/2022 20:21		INICIO DE ATENCION: 29/11/2022 21:24		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: EMILIA ANTONIA OSSES VERGARA		RUT: 22731409 - 5		TELÉFONO: 76311645 (CELULAR)					
DIRECCION: CALLE GUSTAVO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: OTRO PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 14 años 5 meses 29 dias (31/05/2008)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: PARTICULAR (SIN PREVISION)					
SÍGNOS VITALES									
Hora :	29/11/2022 20:22	29/11/2022 21:24							
Temperatura Axilar:	38.1 [°C]	36.2 [°C]							
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardíaca:	112 [x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Satometría:	98 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Condición (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor EVA:									
Distresado:	SI - NO	SI - NO							
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES									
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"/> 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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
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 Nº 12737331)									
J00X : RESFRIO COMUN									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> C5									
Procedimientos e indicaciones en box									
IBUPROFENO TAB 400 MG. 1 COMP VO									
Indicaciones al alta									
IBUPROFENO TAB 400 MG. 1 C/8H POR 3 DIAS CLORFENAMINA TAB 4 MG. 1 C/12H POR 5 DIAS ASEO NASAL CON FISIOLIMP O SOLUCION FISIOLOGICA REPOSO MEDICO POR 3 DIAS A PARTIR DE MANANA 30/11/2022 MEDIDAS GENERALES CONSULTAR SOS									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12737331)									
SIMON ALI RUIZ SOTO MEDICO APS 26265704-3									

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.