



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: LAUTARO HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 12119465

IA.

ADMISION: 23/05/2022 19:42		INICIO DE ATENCION: 23/05/2022 19:46		MEDIO LLEGADA: AMBULANCIA																														
NOMBRE: RENATA JAVIERA PINILLA LILLO		RUT: 22461685 - 6	TELÉFONO: 71262410 (CELULAR)																															
DIRECCION: PJE. JUAN FUENZALIDA N° 865 POBL. SAMUEL FUENTES SIN NUMERO S/N		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																
EDAD: 14 años 10 meses 3 dias (20/07/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - C																															
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>23/05/2022 19:45</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.6 [°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 Cardíaca:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td></td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucoset:</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><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	23/05/2022 19:45	Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:		Frecuencia Respiratoria:		Saturometria:		Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucoset:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI	SI - NO
Hora :	23/05/2022 19:45																																	
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardíaca:																																		
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometria:																																		
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucoset:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	SI	SI - NO																																
Motivo de Consulta MALESTAR DESPUES DE EXODONCIA																																		
Funcionario Que Atiende <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" 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 : ODONTOLOGICA 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> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> <th>Hora 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-punzante <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>:</td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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-punzante <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				:															
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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-punzante <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				:																									
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° 12119465) K102 : AFECCIONES INFLAMATORIAS DE LOS MAXILARES																																		
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																																		
Pertinencia de la Atención : NO																																		
Procedimientos e indicaciones en box IRIGACION CON CHX 0.12 SE LE EXPLICA A LA MADRE QUE EL PROCESO DE CICATRIZACION NO EXISTE ALTERACION SE INDICA QUE SIGA TOMANDO MEDICACION ENTREGADA ANTERIORMENTE ATB Y ANNES																																		
Actividades (Actividad : Cantidad) - EXAMEN DE SALUD ORAL: 1 - IRIGACION CLORHEXIDINA O SUERO FISIOLOGICO SITIO: 1 - EDUCACION INDIVIDUAL: 1																																		
Indicaciones al alta COMPRESAS FRÍAS, DIETA BLANDA Y FRÍA NO ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA																																		
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12119465) YUDITH CUMINAO POBLETE ODONTOLOGIA APS 17983384-0																																		

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 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.