

**FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA**

1

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14838188

ADMISION: 21/09/2024 13:42		INICIO DE ATENCION: 21/09/2024 15:24		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																														
NOMBRE: LETICIA CATALINA SOTO BOISIER		RUT : 26946440 - 2		TELEFONO: 44358670 (CELULAR)																																														
DIRECCION: NEVADO LLAIMA 3616		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																														
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B																																														
EDAD: 5 años 1 meses 21 dias (31/07/2019)																																																		
<b>SIGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr> <td>Horas:</td> <td>21/09/2024 13:46</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.9 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></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 Cardiaca:</td> <td>105 ['x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>100 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglicuocitest:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDI):</td> <td>ALERTA</td> <td>A - V - D - I</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>SI - NO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Horas:	21/09/2024 13:46		Temperatura Axilar:	36.9 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	105 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	100 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglicuocitest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			Dolor, EVA:					Distresado:	NO	SI - NO		
Horas:	21/09/2024 13:46																																																	
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]																																																	
Temperatura Rectal:																																																		
Presión Sistólica:																																																		
Presión Diastólica:																																																		
Frecuencia Cardiaca:	105 ['x]																																																	
Frecuencia Respiratoria:																																																		
Saturometría:	100 [%]																																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																																		
Hemoglicuocitest:																																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																																
Dolor, EVA:																																																		
Distresado:	NO	SI - NO																																																
<b>Motivo de Consulta</b> PADRE REF: DOLOR DE GARGANTA ,TOS CON FLEMA ,CEFALEA.																																																		
<b>Observaciones Categorización</b> PADRE REFIERE CUADRO DE ODINOFAGIA, TOS CON DESGARRO																																																		
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td colspan="2">Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td colspan="2">Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td colspan="2">Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL		<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																													
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																																	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																																	
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																																	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																																		
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																																		
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																																		
<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><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="3"><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><b>DIA</b></td> <td><b>MES</b></td> <td><b>AÑO</b></td> <td><b>Hora aproximada del hecho</b></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></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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> </td> </tr> </table>						<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>						<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>	<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					:	<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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																
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>																																																
		<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>																																													
<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					:																																													
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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																																																		
<b>Diagnóstico (DAU Nº 14838188)</b> J00X : RESFRIO COMUN																																																		
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5																																																		
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																																		
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.																																																		
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																																																		
<b>Procedimientos e Indicaciones en box</b>																																																		
<b>Indicaciones al alta</b> CERTIFICADO MEDICO: REPOSO EN DOMICILIO X 5 DIAS																																																		
REGIMEN LIVIANO + HIDRATACION ABUNDANTE LAVADO NASAL FRECUENTE CON SOLUCION 0,9% IBUPROFENO 200MG/SML 4.5ML C/8H POR 3 DIAS DESLORATADINA 2,5MG/SML 2.5ML C/24H POR 5 DIAS (NOCHE) CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SINTOMAS CONSULTAR URGENCIAS SOS (SE EXPLICAN SIEGOS DE ALARMA)																																																		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14838188)</b> 																																																		

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 provisoria, pues puede sufrir alteraciones debidas a la evolución de la condición del consultante, si las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.