



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14250484

2^oB

ADMISION: 22/03/2024 15:18		INICIO DE ATENCION: 22/03/2024 16:31		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: ANGELA SOFIA HERNANDEZ RIQUELME		RUT :	25352564 - 9	TELEFONO:	86794982 (CELULAR)																													
DIRECCION: CALLE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA 1370 COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																														
EDAD: 7 años 11 meses 6 días (16/04/2016)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - C																													
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>22/03/2024 15:22</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></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>106 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>100 [%]</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><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	22/03/2024 15:22	Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	106 [x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	22/03/2024 15:22																																	
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardiaca:	106 [x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometría:	100 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucotest:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																
Motivo de Consulta MADRE REFIERE DOLOR DE GARGANTA, CONGESTION NASAL, DIFICULTAD RESPIRATORIA.																																		
Observaciones Categorización MADRE REFIERE DOLOR DE GARGANTA, CONGESTION NASAL, DIFICULTAD RESPIRATORIA.																																		
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 : INFANTIL 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 colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>:</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 <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			Hora aproximada del hecho			DIA	MES	AÑO	:	<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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro															
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			Hora aproximada del hecho																													
		DIA	MES	AÑO	:																													
<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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro																																	
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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																																		
Diagnóstico (DAU Nº 14250484) 300X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO 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 Sin Hospitalización: Información.																																		
Categorización Cierre Atención C5																																		
Indicaciones al alta REPOSO ESCOLAR POR 10 DIAS REGIMEN LIVIANO, ABUNDANTE HIDRATACION 1) PARACETAMOL500 MG, 1 COMPRIMIDO EN CASO DE FIEBRE >38°C O DOLOR, MAXIMO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS. 2) LORATADINA 10 MG, 1 COMPRIMIDO EN LAS NOCHES POR 5 DIAS * ACUDIR A CONSULTORIO EN CASO DE CUADROS AUTOLIMITADOS ** CONSULTAR EN URGENCIAS EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA (RETRACCION COSTILLAS, LABIOS AZULES), FIEBRE QUE DURA >5 DIAS, INTOLERANCIA A LIQUIDOS ORALES, O EN CASO DE ESTIMAR NECESARIO																																		
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14250484) <i>Jairo D. Lugo Guinán</i> <i>26.586.878-K</i> <i>Jairo Cirujano</i> <i>RS:609733</i>																																		