



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

III A:

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15494497

ADMISION: 09/04/2025 20:21		INICIO DE ATENCION: 09/04/2025 20:34		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: YOANA MONSERRAT PAREDES ULLOA		RUT :	22980266 - 6	TELEFONO:	93923267 (CELULAR)				
DIRECCION: CALLE OHIGGINS N° 770, TOLTEN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
COMUNA: TOLTEN		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A				
<b>SIGNS VITALES</b>									
Hora :	09/04/2025 20:22								
Temperatura Axilar:	37 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:	127 [mmHg]								
Presión Diastólica:	79 [mmHg]								
Frecuencia Cardiaca:	97 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	98 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	NO	SI - NO							
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>									
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha 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	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corte-punzante <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	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td>:</td></tr> </table>									:
			:						
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>									
<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones <input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días) <input type="checkbox"/> Media Gravedad (15 - 29 días) <input type="checkbox"/> Grave (30 días o más) <input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios									
<b>Diagnóstico (DAU Nº 15494497)</b>									
J111 : GRIPE ( CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIA, VIRUS NO IDENTIFICADO)									
<b>Anamnesis e historia clínica</b>									
<p>AM: NO AQ: NO ALERGIA: NO</p> <p>HACE 2 DIAS RINORREA, TOS, FIEBRE, CEFALÉA</p> <p>EF: VIGIL, CLOTE, HDE, AFEBRIL, FARINGE ERITEMA, AMIGDALAS SIN LESIONES, RR2T, NAS, MP+, SRA</p>									
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>									
<p><b>Indicaciones al alta</b></p> <p>REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS DICLOFENACO 50 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS PARACETAMOL 500 MG, 2 COMPRIMIDO SOS URGENCIA SOS</p>									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15494497)</b>									
<p>GABRIELA FERNANDA SANDOVAL MENDOZA MEDICO APS 19466236-K</p> <p><i>Gabriela Fernanda Sandoval Mendoza</i> <i>3.236-K</i> <i>Cirujana</i></p>									