



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR CHOL CHOL

NUMERO DE ATENCION: 15602923

IB

ADMISSION: 14/05/2025 12:01	INICIO DE ATENCION: 14/05/2025 12:13	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: ANTONELLA ANDREA ANDRADE TOLEDO	RUT : 23481110 - K	TELEFONO: 78438244 (CELULAR)							
DIRECCION: SECTOR LOS LINGUES COMUNA: CUNCOS	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 14 años 6 meses 12 dias (02/11/2010)	SEXO (GÉNERO):	MUJER PREVISION: FONASA - A (FEMENINO)							
<b>SIGNS VITALES</b>									
Hora : 14/05/2025 12:02									
Temperatura Axilar: 35.9 [°C]									
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica: 110 [mmHg]									
Presión Diastólica: 69 [mmHg]									
Frecuencia Cardiaca: 86 ['X']									
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría: 99 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I								
Dolor, EVA:									
Distresado:	SI - 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				<b>Hora aproximada del hecho</b> :
DIA	MES	AÑO							
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>									
<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 N° 15602923)</b>									
H105 : BLEFAROCONJUNTIVITIS									
<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 Con indicación de tratamiento en su establecimiento Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.									
<b>Categorización Cierre Atención</b>									
C5									
<b>Indicaciones al alta</b> CEFAZOXILO 500MG C/12HR POR 7 DIAS CLORANFENICOL UNG APLICAR C/6HR POR 7 DIAS									
<i>Regreso por 3 días</i>									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15602923)</b>									
<i>Dr. Miguel Leal Madrid Médico General Rut : 26.580.516-4 Registro SIS: 0837654</i>									