

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKWE-PELAL HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15402209

II A

ADMISSION: 12/03/2025 18:56		INICIO DE ATENCION: 12/03/2025 20:15		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: DANA ANDREA ZAPATA LLANQUINAO		RUT : 23200137 - 2		TELÉFONO: 82069814- (CELULAR)																													
DIRECCION: HUILQUILCO MK-11 CAMINO MAKWE PELE		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																													
COMUNA: FREIRE		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B																													
EDAD: 15 años 3 meses 2 días (10/12/2009)																																	
SÍGNOS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>12/03/2025 18:57</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.2 [°C]</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td>126 [mmHg]</td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td>75 [mmHg]</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>108 ['x]</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>99 [%]</td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVD):</td> <td>ALERTA</td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>SI - NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>						Hora :	12/03/2025 18:57	Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	126 [mmHg]	Presión Diastólica:	75 [mmHg]	Frecuencia Cardiaca:	108 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVD):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	12/03/2025 18:57																																
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:	126 [mmHg]																																
Presión Diastólica:	75 [mmHg]																																
Frecuencia Cardiaca:	108 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	99 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVD):	ALERTA																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	SI - NO																																
	SI - NO																																
Motivo de Consulta ODINOFAGIA, IRRITACION OCULAR, CEFALÉA																																	
Observaciones Categorización ODINOFAGIA, IRRITACION OCULAR, CEFALÉA																																	
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 : ADULTO 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> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</td> </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"/> Rifa <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"/> 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 </td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>ANO</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho : :</td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> Rifa <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	DIA	MES	ANO				Hora aproximada del hecho : :														
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> Rifa <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	DIA	MES	ANO																													
			Hora aproximada del hecho : :																														
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																																	
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C5																																	
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																	
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Sin Información.																																	
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5																																	
Indicaciones al alta REPOSO MEDICO POR 5 DIAS LÍQUIDOS A TOLERANCIA MEDIDAS FÍSICAS PARA MANEJO DE FIEBRE PARACETAMOL 500 MG 1 1/2 COMP CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE IBUPROFENO 400 MG 1 CADA 12 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE DESLORATADINA 5 MG 1 AL DIA POR 5 DIAS TTO EMPIRICO: CLORANFENICOL COLIRIO 1 GOTAS CADA 8 HORAS POR 5 DIAS CONSULTAR A MEDICO EN CESFAM Y EVALUAR CASO CLINICO DURANTE LA SEMANA EN CASO PERSISTEN SÍNTOMAS CONSULTAR A URGENCIA SOS																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15402209) ALVARO COLIPE HUENUL MEDICO APS 16389052-6																																	

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 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.