



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR HUALPIN

NUMERO DE ATENCION: 14404302

II^a A.

ADMISION: 06/05/2024 18:00		INICIO DE ATENCION: 06/05/2024 18:01		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: FRANCHESKA YANIRA CAÑO TORRES		RUT: 23016483 - 5	TELEFONO: 49415077 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE ALESSANDRI 285 HUALPIN S/N		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEODORO SCHMIDT		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A		
EDAD: 15 años 1 meses 26 días (10/03/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			
SIGNOS VITALES					
Hora:	06/05/2024 18:00				
Temperatura Axilar:					
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:					
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:					
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
Motivo de Consulta					
REVISION DE PARACLINICOS					
Observaciones Categorización					
REVISION DE PARACLINICOS					
Funcionario Que Atiende					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matron(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					
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho	
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		DIA	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		MES	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante		Hora aproximada del hecho	
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego		:	
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión			
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor			
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frio			
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro			
<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					
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					
Diagnóstico (DAU N° 14404302)					
B349 : VIROSIS					
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					
Con indicación de tratamiento en su estab.					
Destino:					
Fecha de Indicación Sin					
Hospitalización: Información.					
Categorización Cierre Atención					
C5					
Anamnesis e historia clínica					
ACOMPANADA DE MADRE					
APP: NIEGA					
RAM: NIEGA					
MC: REVISION DE PARACLINICOS, ACTUALMENTE SIN SINTOMAS MEJORIA CLINICA					
Procedimientos e Indicaciones en box					
RENAL: SIN ALTERACIONES					
HEMOGRAMA, SIN ALTERACIONES					
OC: SIN ALTERACIONES					
Indicaciones al alta					
SE LE INDICA MEDIDAS GENERALES					
SE LE EXPLICA SIGNOS DE ALARMA					
SE MANTIENE INDICACIONES					
ACUDIR A SUR SOS EVENTUALIDAD					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14404302)					
JHORMAN JOSE HIGUERA LARGO					
MEDICO APS					
27858035-0					

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 2277 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.