

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 14254458

ADMISION: 23/03/2024 18:26	INICIO DE ATENCION: 23/03/2024 18:51	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS						
NOMBRE: AMBAR YERAY MANCILLA ARELLANA RUT : 22386748 - 0		TELEFONO: 77228368 (CELULAR)						
DIRECCION: CALLE COLICO NORTE COMUNA: TOLTEN EDAD: 16 años 10 meses 22 dias (01/05/2007)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): MUJER (FEMENINO) PREVISION: FONASA - A						
SIGNS VITALES								
Hora :	23/03/2024 18:27							
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]							
Temperatura Rectal:								
Presión Sistólica:	123 [mmHg]							
Presión Diastólica:	77 [mmHg]							
Frecuencia Cardiaca:	99 ['x]							
Frecuencia Respiratoria:								
Saturometria:	98 [%]							
Latidos Cardio - Fetales:								
Hemoglobocitest:								
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I						
Dolor, EVA:								
Distresado:	NO	SI - NO						
Motivo de Consulta CEFALEA, CONGESTION NASAL								
Observaciones Categorización CEFALEA, CONGESTION NASAL								
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								
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"/> 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-punzante <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> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
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 Nº 14254458) J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)								
Anamnesis e historia clínica DESPDE ESTA SEMAN RINORREA CEFALEA . ODINOFAGIA LEVE. INGRESA BCG AFEBRIL SIN DISNEA . FARINGE NORMAL MP +SRA RHA + BDI MASAS NO RINITIS SEROSA		Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C4						
Procedimientos e indicaciones en box DICLOFENACO 75 MG IM		Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido						
Indicaciones al alta ABUNDANTE LIQUIDO LORTADINA 1 POR DIA POR 3 DIAS IBUPROFENO 1 CADA 12 POR 2 DIAS REPOSO EN CASA POR 3 DIAS A PARTIR DEL 20 DE MARZO URGENCIA SOS		Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.						
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14254458) JORGE ALEJANDRO OLIVARES LEAL MEDICO APS 18218331-8								

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.

218.331-8
Cirujano
Olivares Leal