



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14359226

ADMISION: 24/04/2024 07:54		INICIO DE ATENCION: 24/04/2024 08:17		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: ANTONELLA DANIELA MARTINA CARREÑO CONTRERAS		RUT : 22887401 - 9		TELEFONO: 2324223 (FIJO)					
DIRECCION: CALLE LAS LENGAS 1424 COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 15 años 4 meses 26 dias (29/11/2008)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A					
SIGNS VITALES									
Hora :	24/04/2024 08:08								
Temperatura Axilar:	37 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:	106 [mmHg]								
Presión Diastólica:	88 [mmHg]								
Frecuencia Cardiaca:	119 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	100 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:	2 ['x]								
Distresado:	NO	SI - NO							
Motivo de Consulta REF FIEBRE Y MALESTAR GENERAL									
Observaciones Categorización REF FIEBRE Y MALESTAR GENERAL									
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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho			
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
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° 14359226)									
J030 : (En estudio) AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA									
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 Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.									
Categorización Cierre Atención									
C5									
Procedimientos e indicaciones en box									
PENICILINA BENZATINA IM 1.2 MILLONES DICLOFENACO IM 75 MG									
Indicaciones al alta									
REPOSO EN CASA POR 5 DIAS, PRESENTAR ESTE DOCUMENTO COMO CERTIFICADO ASEO NASAL FRECUENTE LÍQUIDO ABUNDANTE PREVENIR CONTAGIO USANDO MASCARILLA PARACETAMOL 500 MG 2 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS IBUPROFENO 400 MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS CLORFENAMINA 4 MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS CONTROL SOS EN URGENCIAS EN CASO DE FIEBRE PERSISTENTE, DIFICULTAD RESPIRATORIA, COLORACIÓN AZULADA DE PIEL O MUCOSAS O EN CASO DE SER NECESARIO									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14359226)									