

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14511602

ADMISION: 04/06/2024 17:21	INICIO DE ATENCION: 04/06/2024 19:06	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: WAGLEN SAYEN CTRILAF CAYUNAO	RUT : 23777417 - 5	TELEFONO: 49643148 (CELULAR)																													
DIRECCION: LAS ESPUELAS 01629 COMUNA: TEMUCO EDAD: 12 años 7 meses 15 dias (20/10/2011)	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																													
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>04/06/2024 18:29</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.9 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>84 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>			Hora :	04/06/2024 18:29	Temperatura Axilar:	36.9 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	84 [x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	04/06/2024 18:29																														
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]																														
Temperatura Rectal:																															
Presión Sistólica:																															
Presión Diastólica:																															
Frecuencia Cardiaca:	84 [x]																														
Frecuencia Respiratoria:																															
Saturometría:	98 [%]																														
Latidos Cardio - Fetales:																															
Hemoglucotest:																															
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																													
Dolor, EVA:																															
Distresado:	NO	SI - NO																													
<b>Motivo de Consulta</b> FIEBRE, TOS, DECAÍDA, DOLOR DE GARGANTA; DESDE AYER																															
<b>Observaciones Categorización</b> FIEBRE, TOS, DECAÍDA, DOLOR DE GARGANTA; DESDE AYER																															
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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																															
<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																															
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																															
<b>Otras Datos</b> * NINGUNO																															
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </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"/> 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         </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente  <input type="checkbox"/> Cortante  <input type="checkbox"/> Punzante  <input type="checkbox"/> Corto-punzante  <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  <input type="checkbox"/> Explosión  <input type="checkbox"/> Calor  <input type="checkbox"/> Frio  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td> <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> <b>Hora aproximada del hecho</b>  :  </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"/> 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <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> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO																				
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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <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> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO																										
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 Nº 14511602)</b> <b>3029 : FARINGITIS AGUDA</b>																															
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5																															
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																															
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.																															
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																															
<b>Indicaciones al alta</b> HIDRATACIÓN ABUNDANTE PARACETAMOL 1 COMP CADA 8 HRS X 3 DIAS IBUPROFENO 1 COMP CADA 8 HRS X 3 DIAS LORATADINA 1 COMP DIA X 7 DIAS PREDNISONA 1 COMP DIA X 5 DIAS COMPRAR MUXOL - OXOLAMINA TOMAR 10 ML CADA 8 HRS X 10 DIAS COMPRAR PROPOLIO SPARAY APLICAR 3 VECES EN GARGANTA EDSUCO SIGNOS DE ALARMA CONSULTAR SOS																															
<i>Licencia médica 5 días</i>																															
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14511602)</b> <b>Glendys Gutiérrez Pulido</b> MEDICO APS 270135145 Médico Clínico																															