



FORMULARIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15475675

PK

ADMISION: 03/04/2025 20:51		INICIO DE ATENCION: 03/04/2025 23:49		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: SOFÍA HELENA NÚÑEZ GONZÁLEZ		RUT : 27299516 - 8		TELÉFONO: 36512199 (CELULAR)																																								
DIRECCION: AVENIDA PULMAHUE N° 2791, DPTO. 103		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
COMUNA: PADRE LAS CASAS		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A																																								
EDAD: 4 años 9 meses 13 dias (21/06/2020)																																												
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>03/04/2025 21:06</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>37.8 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>128 ['x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>99 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></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>0 ['x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>						Hora :	03/04/2025 21:06		Temperatura Axilar:	37.8 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	128 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	99 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:	0 ['x]		Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	03/04/2025 21:06																																											
Temperatura Axilar:	37.8 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	128 ['x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometría:	99 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:	0 ['x]																																											
Distresado:	NO	SI - NO																																										
Motivo de Consulta REFIERE SENSACIÓN FEBRIL, ODINOFAGIA 1 DIA DE EV-.																																												
Observaciones Categorización PADRE REF SENSACIÓN FEBRIL DE PCTE Y ODINOFAGIA, AL TRIAGE 37.8°C. SE ENTREGAN SIGNOS DE ALARMA. PESO 21.5KG																																												
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td colspan="2">Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td colspan="2">Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td colspan="2">Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL		<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																							
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																											
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																											
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																												
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																												
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																												
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"/> 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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</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"/> 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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO				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"/> 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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO																																								
			Hora aproximada del hecho :																																									
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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																																		
<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° 15475675) J029 : (En estudio) FARINGITIS AGUDA																																												
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 Información. Hospitalización:																																												
Indicaciones al alta REPOSO RELATIVO RÉGIMEN LIVIANO + HIDRATACIÓN EVITAR CONTACTO CON TIERRA POLVO DETERGENTES, ANIMALES POR 3 DIAS. PARACETAMOL 40 GOTAS CADA 8 HORAS POR 3 DIAS IBUPROFENO JARABE 200/5 CC 5 CC CADA 8 HORAS POR 3 DIAS AMOXICILINA JARABE 500/5 CC DAR 2,5 CC CADA 8 HORAS POR 7 DIAS CLORFENAMINA 1/2 COMP CADA 12 HORAS POR 3 DIAS JARABE BISOLVON INFANTIL 10 CC CADA 8 HORAS POR 3 DIAS																																												
Categorización Cierre Atención C5																																												
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15475675) HENRY ERIC AINSLIE MATA MEDICO APS 26984566-K																																												