

ADMISION: 23/10/2025 15:04		INICIO DE ATENCION: 23/10/2025 15:46		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: MARIA JESUS DEL PILAR CHAVEZ RUBILAR		RUT: 23106010-3	TELÉFONO: 83999440 (CELULAR)																															
DIRECCION: PIRCUNCHE 01360 STA. ROSA		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO//RURAL):																															
COMUNA: TEMUCO		DEclarado: NINGUNO	URBANO//RURAL:																															
EDAD: 16 años 2 meses 3 días (20/08/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - B																															
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>23/10/2025 15:08</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td></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>95 [x]</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td>24 [x]</td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>99 [%]</td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucoset:</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>5 [x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>						Hora :	23/10/2025 15:08	Temperatura Axilar:		Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	95 [x]	Frecuencia Respiratoria:	24 [x]	Saturometría:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucoset:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:	5 [x]		Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	23/10/2025 15:08																																	
Temperatura Axilar:																																		
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardiaca:	95 [x]																																	
Frecuencia Respiratoria:	24 [x]																																	
Saturometría:	99 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucoset:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:	5 [x]																																	
Distresado:	NO	SI - NO																																
Motivo de Consulta FLUJO NO RESPIRATORIO (PULMAHUE)																																		
Observaciones Categorización SUFRIÓ AGRESIÓN PORTEROS SUFRIENDO GOLPES CONTRA EL SUELO EV CON DOLOR , AUMENTO DE VOLUMEN , MAREOS, SIN PÉRDIDA DE CONCIENCIA																																		
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td>Tipo de Consulta : ADULTO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td>Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td>Origen de la Procedencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td>DOMICILIO</td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO	<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	Origen de la Procedencia	<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DOMICILIO																	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO																																	
<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	Origen de la Procedencia																																	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	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>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input checked="" 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"/> VVS <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 checked="" type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>10</td> <td>2025</td> </tr> </table> </td> <td> Hora aproximada del hecho 21 : 50 </td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input checked="" 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"/> VVS <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 checked="" type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>10</td> <td>2025</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	22	10	2025	Hora aproximada del hecho 21 : 50																
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho																																
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input checked="" 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"/> VVS <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 checked="" type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>10</td> <td>2025</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	22	10	2025	Hora aproximada del hecho 21 : 50																									
DIA	MES	AÑO																																
22	10	2025																																
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 16149517) S009 : CONTUSION CRANEA																																		
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C3																																		
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 C3																																		
Procedimientos e indicaciones en box EXAMEN FISICO																																		
Indicaciones al alta -REPOSO EN CASA POR 7 DIAS -PARACETAMOL 1 GRAMO CADA 8 HRS POR 3 DIAS -NAPROXENO 550 MG CADA 12 HRS POR 5 DIAS -APLICAR HILO LOCAL -CONSULTAR EN URGENCIAS SOS																																		
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16149517) DANIEL IGNACIO BARRIA LOBOS MEDICO APS 18802139-5																																		

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.