



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

IA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14469505

ADMISION: 23/05/2024 17:53		INICIO DE ATENCION: 23/05/2024 18:42		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: MABEL ESPERANZA GATICA ANTIHUAL		RUT: 23224583 - 2		TELÉFONO: Sin información							
DIRECCION: MARIA ÑIRIPIL COMUNA: TEMUCO EDAD: 14 años 4 meses 10 dias (13/01/2010)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PROVINCIA PREVISION: FONASA - A							
SIGNS VITALES											
Hora :	23/05/2024 18:12										
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardiaca:	86 [']										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	96 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
Motivo de Consulta REF: PECHO APRETADO, NÁUSEAS, VÓMITOS, CONGESTIÓN NASAL, DOLOR DE ESTOMAGO DESDE HACE 4 DÍAS											
Observaciones Categorización PECHO APRETADO, NÁUSEAS, VÓMITOS, CONGESTIÓN NASAL, DOLOR DE ESTOMAGO DESDE HACE 4 DÍAS											
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 : INFANTIL 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 <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		Elemento Causante <input 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro		Fecha Aproximada del Hecho <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 N° 14469505) J209 : (En estudio) BRONQUITIS (MENORES DE 15 AÑOS)											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4											
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.											
Procedimientos e indicaciones en box 43 KILOS											
Indicaciones al alta REPOSO POR 5 DIAS ABUNDANTE LIQUIDO CONTROL SI NO MEJORA SALBUTAMOL INH 2CADA 6 H POR 7 DIAS AEROAMARA ADULTO PREDNISONA COMP 1 CADA 24 H POR 5 DIAS (20 MG) PARACETAMOL COMP 1 CADA 6 H POR 3 DIAS IBUPROFENO COMP 1 CADA 8 H POR 3 DIAS LORATADINA COMP 1 CADA 24 H POR 7 DIAS METOCLOPRAMIDA COMP 1/2 CADA 8 H SI HAY VOMITOS X 2 DIAS ABUNDANTE LIQUIDO CONTROL SOS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14469505)											