

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NÚMERO DE ATENCION: 12173854

47A

ADMISION: 09/06/2022 17:43	INICIO DE ATENCION: 09/06/2022 21:48	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																												
NOMBRE: MIA TRINIDAD ALARCON GALLARDO RUT: 24182907 - 3		TELEFONO: 90658656 (CELULAR)																												
DIRECCION: CALLE DAVID PERRY 0595 S/N																														
EDAD: 9 años 4 meses 10 dias (30/01/2013)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A																												
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>09/06/2022 17:47</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 Cardíaca:</td> <td>109 ['x]</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td>20 ['x]</td> </tr> <tr> <td>Saturometria:</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> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>SI - NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>			Hora :	09/06/2022 17:47	Temperatura Axilar:	36.9 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	109 ['x]	Frecuencia Respiratoria:	20 ['x]	Saturometria:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	09/06/2022 17:47																													
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]																													
Temperatura Rectal:																														
Presión Sistólica:																														
Presión Diastólica:																														
Frecuencia Cardíaca:	109 ['x]																													
Frecuencia Respiratoria:	20 ['x]																													
Saturometria:	98 [%]																													
Latidos Cardio - Fetales:																														
Hemoglucotest:																														
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																													
Dolor, EVA:																														
Distresado:	SI - NO																													
	SI - NO																													
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></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         </td> <td> <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         </td> <td> <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b>  :          </td> </tr> </table>			<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<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"/> 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	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO																			
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>																												
<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"/> 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	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO																									
DIA	MES	AÑO																												
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table border="1"> <tr> <td> <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         </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																														
<b>Diagnóstico (DAU N° 12173854)</b> <b>100X : RESFIO COMUN</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4																												
<b>Anamnesis e historia clínica</b> AM: ASMA BRONQUIAL EN TTO CX: NO ALERGIA NO REFIERE  AYER CON FIEBRE >39°C, VOMITOS, ODINOFAGIA, DOLOR MUSCULAR. HERMANO CON COVID AISLADO EN SU CASA, CON POSIBLE CONTACTO EL LUNES.  DESPUEDE HOY NO ASISTE A COLEGIO POR SINTOMAS.  AL EXAMEN FISICO: BCG, HDE, AFEBRIL SAT 99% & PUPILLAS ISOCRICAS Y REACTIVAS FARINGE ERITEMATOSA, AMIGDALAS SIN PLACAS DE PUS ADENOPATIA INFLAMATORIA DE 1 CM EN REGION CERVICAL DERECHA TORAX SIMETRICO SIN RETRACCION RRZT, NAS MP (+) SRA		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																												
<b>DIRECCION:</b> STGO WATT 2170 TEMUCO <b>CORREO:</b> GALLARDOJIMENA173@GMAIL.COM <b>TELEFONO:</b> 65569780 <b>FIS</b> 08/06/2022		<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control																												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> TEST DE ANTIGENO NEGATIVO		<b>Categorización Cierre Atención</b> C4																												
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO EN DOMICILIO POR DOS DIAS DESDE HOY 09/06 ABUNDANTE HIDRATACION IBUPROFENO 400 MG C/8 HRS X 3 DIAS PARACETAMOL 500 MG EN CASO DE FIEBRE >38,5°C CONTROL EN SU CESFAM PARA CONTROL DE ASMA CONTROL SUA SOS																														
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12173854)</b>   CATALINA OYARZUN ARAVENA MEDICO APS 19290913-9																														

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.