

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14237215

3A.

ADMISION: 18/03/2024 17:21		INICIO DE ATENCION: 18/03/2024 19:13		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: AMELIA MONSERRAT CAMPOS CANDIA		RUT :	25203130 - 8	TELEFONO:	85335629 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE AV VALPARAISO 01235 S/N COMUNA: TEMUCO EDAD: 8 años 3 meses 25 dias (22/11/2015)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	NINGUNO MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	
<b>SIGNS VITALES</b>					
Hora :	18/03/2024 18:18				
Temperatura Axilar:	36 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	119 [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			
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>					
<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"/> 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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <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 :
<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 N° 14237215)</b>					
JO19 : SINUSITIS AGUDA					
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>					
<input type="checkbox"/> CS					
<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>					
<input type="checkbox"/> CS					
<b>Procedimientos e Indicaciones en box</b>					
SALA CAMILLA RECHAZA TTO IM					
<b>Indicaciones al alta</b>					
REPOSO EN CASA 3 DIAS ABUNDANTE LIQUIDO PARACETAMOL 500MG 1 C/8H VO X 5 DIAS IBUPROFENO 400MG 1 C/12H VO X 5 DIAS PREDNISONA 20MG 1 AL DIA VO X 5 DIAS DESLORATADINA 5MG 1 AL DIA VO X 5 DIAS CONTROL EN CESFAM EN 48H ACUDIR A URGENCIAS SOS					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14237215)</b>					
SIMON VALENTIN SANHUEZA ROZAS MEDICO APS 18173780-8					
<i>Simón Sanhueza Rozas</i> <b>Rut: 18.173.780-8</b> <b>Médico Cirujano</b>					

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.