



II-B

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: VILCUN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 12007731

ADMISION: 17/04/2022 12:27		INICIO DE ATENCION: 17/04/2022 13:00		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: VIOLETA ESTER CANIO ANINAO		RUT: 22389342 - 2		TELEFONO: 53545250 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE SECTOR EL NATRE S/N				PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 15 años 0 meses 12 días (05/04/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A	

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora :	17/04/2022 12:29		DOLOR DE GARGANTA, TOS, CONGESTIÓN NASAL Y DOLOR DE CABEZA DESDE EL VIERNES		
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	124 [mmHg]				
Presión Diastólica:	58 [mmHg]				
Frecuencia Cardíaca:	74 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	100 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	<b>Funcionario Que Atiende</b> <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matron(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Dolor, EVA:					
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"/> 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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho	
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° 12007731)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
J209 : (En estudio) BRONQUITIS AGUDA		C5
<b>Anamnesis e historia clínica</b>		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
DOLOR DE GARGANTA, TOS CON EXPECTORACION VERDOSA CONGESTIÓN NASAL Y DOLOR DE CABEZA DESDE EL VIERNES)		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
AL EXAMEN AFEBRIL CORIZA ESCASA FARINGE CONGESTIVA CP : MP + SIBILANCIA ESPIRATORIA ESCASA RR2T SIN SOPLO		<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>		<b>Categorización Cierre Atención</b>
<b>Medicamentos administrados en Box</b> 1 - UNIDAD - KETOROLACO 30 MG/ML INYECTABLE [SOLUCION INYECTABLE] - (INTRAMUSCULAR)		C4
<b>Indicaciones al alta</b>		
LIQUIDO ABUNDANTE REPOSO EN SU CASA POR 7 DIAS PARACETAMOL 500 1 CADA 6 HORAS VO EN CASO DE DOLOR SALBUTAMOL 2 PUFF CAD 6 HORAS CON AEROCAMARA AMOXICILINA 500 1 CADA 8 HORAS POR 7 DIA S CONTROL EN POLICLINICO SI PERSISTEN MOLESTIAS CONSULTAR EN URGENCIA		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12007731)</b>		
JUAN SEPULVEDA TRIPAILAF MEDICO APS 11500030-6		

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.