



T-B

ESTABLECIMIENTO: VILCUN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 12007731

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

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 dias (05/04/2007)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A						
SIGNS VITALES								
Hora :	17/04/2022 12:29							
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						
Dolor, EVA:								
Distresado:	NO	SI - NO						
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES								
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada 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"/> 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"> <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° 12007731)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda						
J209 : (En estudio) BRONQUITIS AGUDA		C5						
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención						
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		Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.						
Procedimientos e indicaciones en box		Categorización Cierre Atención						
Medicamentos administrados en Box 1 - UNIDAD - KETOROLACO 30 MG/ML INYECTABLE [SOLUCION INYECTABLE] - (INTRAMUSCULAR)		C4						
Indicaciones al alta								
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 POLICLÍNICO SI PERSISTEN MOLESTIAS CONSULTAR EN URGENCIA								
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12007731)								
 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.