

Hernandez Huñez Z-IVB

TU B



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14731979

ADMISION: 21/08/2024 21:21		INICIO DE ATENCION: 21/08/2024 23:19		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: JOSEFA ANTONIA HERNANDEZ MUÑOZ		RUT :	22300913 - 1	TELEFONO:	62621960 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE VILUMILLA 1670 DEPTO B COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 17 años 8 meses 5 dias (16/12/2006)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	NINGUNO MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A
SIGNS VITALES					
Hora :	21/08/2024 21:31				
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	104 [mmHg]				
Presión Diastólica:	64 [mmHg]				
Frecuencia Cardiaca:	78 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	100 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	SI - NO	SI - NO			
Motivo de Consulta REF. MIALGIA , ODINOFAGIA					
Observaciones Categorización REF. MIALGIA , ODINOFAGIA					
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 : ADULTO 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		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"/> 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	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° 14731979) JO69 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">C5</div>					
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido					
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.					
Categorización Cierre Atención <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">C5</div>					
Procedimientos e indicaciones en box					
Indicaciones al alta <ul style="list-style-type: none"> - REPOSO EN CASA POR 3 DIAS - REGIMEN HABITUAL, INGESTA ABUNDANTE DE LIQUIDOS - PARACETAMOL 500MG: 2 COMP CADA 8 HORAS VIA ORAL X 3 DIAS - IBUPROFENO 400 MG: 1 COMP CADA 8 HORAS VIA ORAL X 3 DIAS - URGENCIAS SOS 					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14731979)					
 NICOLE JAVIERA CERDA GIRALDO MEDICO APS 19809757-8					