



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14376501

IV B.

ADMISION: 28/04/2024 21:16		INICIO DE ATENCION: 28/04/2024 22:26		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: MARGETH LILIAN MONTERO SANDOVAL		RUT :	22174168 - 4	TELEFONO:	84714411 (CELULAR)																												
DIRECCION: CALLE LEMU 1508 COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																													
EDAD: 17 años 8 meses 30 dias (29/07/2006)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A																												
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>28/04/2024 21:22</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>38.6 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>138 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>81 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>143 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>100 [%]</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>A - V - D - I</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 :	28/04/2024 21:22	Temperatura Axilar:	38.6 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	138 [mmHg]	Presión Diastólica:	81 [mmHg]	Frecuencia Cardiaca:	143 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	28/04/2024 21:22																																
Temperatura Axilar:	38.6 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:	138 [mmHg]																																
Presión Diastólica:	81 [mmHg]																																
Frecuencia Cardiaca:	143 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	100 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	SI - NO																																
	SI - NO																																
Motivo de Consulta REF. MIALGIA , CEFALGIA INTENSA , MAREOS																																	
Observaciones Categorización REF. MIALGIA , CEFALGIA INTENSA , MAREOS																																	
Funcionario Que Atiende <table> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>						<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																						
<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 <table> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</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 <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </td> <td> <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 </td> <td> <table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td colspan="2"> Hora aproximada del hecho : : </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table> </td> </tr> </table>						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	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho : :		Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><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			
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	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho : :																								
DIA	MES	AÑO																															
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><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																																	
Diagnóstico (DAU Nº 14376501) J209 : BRONQUITIS AGUDA			Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																														
Anamnesis e historia clínica PACIENTE VIENE CON SU MADRE REFIERE FIEBRE ODINAFQGIA T TOS AL EXAMEN CARDIACO RR2T SOPLO NEGATIVO PULMONAR MP PRESENTE ESTERTORES HUMEDOS ABUNDANTES CREPITOS BIBASALES SIBILANCIAS NEGATIVOS ABDOMEN BDI RH APRESENTES AMIGDALAS CONGESTIVAS CON EXUDADO PURULENTO			Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																														
Procedimientos e indicaciones en box SE INDICA AMOXICILINA DE 850 MG MAS CLAVULANICO 125 1 CADA 12H POR 7 DIAS LORATADINA DE 10 MG 1 POR DIA POR 5 DIAS IBUPROFENO DE 400 MG 1 CADA 8H POR 5 DIAS			Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.																														
Indicaciones al alta CONTROL SOS REPOSO SIN CLASES POR 1 SEMANA			Categorización Cierre Atención C4																														
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14376501) 																																	
JUAN EDUARDO DELGADO CASTRO MEDICO APS 10564349-7																																	