



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14376501

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		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 17 años 8 meses 30 días (29/07/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES		
Hora :	28/04/2024 21:22	
Temperatura Axilar:	38.6 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	138 [mmHg]	
Presión Diastólica:	81 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	143 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
REF. MIALGIA , CEFALEA INTENSA , MAREOS	
Observaciones Categorización	
REF. MIALGIA , CEFALEA INTENSA , MAREOS	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : ADULTO
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Matró(a)	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	Origen de la Procedencia
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DOMICILIO
	Otros Datos
	* NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES											
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho								
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<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				<table border="1"><tr><td></td><td>:</td></tr></table>		:
DIA	MES	AÑO									
	:										
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante										
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante										
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante										
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego										
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión										
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor										
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío										
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro										
<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											

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° 14376501)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
J209 : BRONQUITIS AGUDA	C4
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
PACIENTE VIENE CON SU MADRE REFIERE FIEBRE ODINAFQIA 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	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente
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	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención
CONTROL SOS REPOSO SIN CLASES POR 1 SEMANA	C4
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14376501)	
JUAN EDUARDO DELGADO CASTRO MEDICO APS 10564349-7	

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.