



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12713320

113

ADMISION: 22/11/2022 23:22		INICIO DE ATENCION: 22/11/2022 23:52		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: DANIELA MORALES MONTERO		RUT: 22379158 - 1		TELEFONO: Sin informacion							
DIRECCION: EMAFIL 1280		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 15 años 7 meses 4 días (18/04/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B							
SIGNOS VITALES											
Hora :		22/11/2022 23:27									
Temperatura Axilar:		38.3 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:		130 [mmHg]									
Presión Diastólica:		90 [mmHg]									
Frecuencia Cardíaca:		114 [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 REFIERE TOS, DOLOR DE CABEZA											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matrn(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											
<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											
Elemento Causante											
<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											
Fecha Aproximada del Hecho											
<table border="1" style="width:100%"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>						DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
Hora aproximada del hecho :											
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° 12713320) J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4											
Anamnesis e historia clínica PX REFIERE INICIO DE ENFERMEDAD ACTUAL HACE 2 DÍAS CARACTERIZADA POR DOLOR DE GARGANTA MIALGIA FIEBRE DOLOR DE CABEZA TOS AP: NIEGA DE IMPORTANCIA QX: NIEGA NIEGA ALERGIAS EF: APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO. ORL: FARINGE Y AMÍGDALAS HIPERÉMICAS SIN PLACAS DE PUS CP: RSCRS S/S MV AUDIBLE SIN AGG											
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control											
Categorización Cierre Atención C5											
Procedimientos e indicaciones en box EVALUACION Y TTO MEDICO PACIENTE SE NIEGA A TTO MEDICO PARA ALZA TÉRMICA											
Indicaciones al alta PARACETAMOL 1 TAB CDA 8 POR 3 DIAS CLORFENAMINA 1 TAB CDA 12 POR 5 DIAS PREDNISONA 1 TAB CDA 12 OR 3 DIAS COMPRAR JARABE DE NOSCAPINA 5 CC CADA 8 POR 5 DIAS IBUPROFENO1 TAB CDA 8 POR 3 DIAS MANTENER HIDRATADA REPOSO MEDICO POR 5 DIAS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12713320) Dr. Miguel Angel Medina Martinez Miguel Angel Medina Martinez MEDICO APS 26142564-5											

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.