

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14655365

2eB

ADMISION: 28/07/2024 21:04		INICIO DE ATENCION: 28/07/2024 21:46		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: ISABELLA DOMINIQUE GONZALEZ RETAMAL		RUT :	25529440 - 7	TELEFONO:	92152901 (CELULAR)				
DIRECCION: MIRAFLORES N° 201, TEMUCO CENTRO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A					
EDAD: 7 años 9 meses 23 dias (05/10/2016)									
<b>SÍGNOS VITALES</b>									
Hora :	28/07/2024 21:09								
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	115 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometria:	100 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	NO	SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b> REF. SARPELLIDO Y RONCHAS TODO EL CUERPO Y PICAZON (MIRAFLORES) DESDE LA TARDE									
<b>Observaciones Categorización</b> REF: SARPELLIDO Y RONCHAS EN TODO EL CUERPO Y PICAZON EVOL AYER EN LA NOCHE PESO: 36 KILOS									
<b>Funcionario Que Atiende</b>		<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 : INFANTIL  Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA							
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO									
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO									
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>									
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table> <b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>									:
			:						
<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									
<b>Diagnóstico (DAU Nº 14655365)</b> L209 : DERMATITIS ATOPICA									
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5									
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.									
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5									
<b>Indicaciones al alta</b> <b>REPOSO POR 7 DIAS.</b> ABUNDANTE CREMA HUMECTANTE PARA PIEL SECA. FARMACOS EN RECETA MEDICA. CONTROL EN SU CESAM. ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE SINTOMAS DE ALARMA.									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14655365)</b> CRISTIAN ALBERTO ROIG BARRÍA MEDICO APS 18472655-6									

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.