

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 15108158

2B

ADMISSION: 04/12/2024 18:56		INICIO DE ATENCION: 04/12/2024 20:35		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: SOFIA ALICE CAYUPI RUIZ		RUT: 25564224 - 3		TELEFONO: 74283515 (CELULAR)	
DIRECCION: ISLA GUAFO 03221 - PARQUE COSTANERA		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - C	
EDAD: 8 años 0 meses 24 días (10/11/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	04/12/2024 19:04		MADRE REF, TOS, FIEBRE(38)		
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			MADRE REF, TOS, FIEBRE(38 HACE 2 DIAS) HACE 3 DIAS		
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:			<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		
Frecuencia Cardíaca:	77 [x]		Tipo de Consulta : INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	99 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardíaco - Fetales:			Origen de la Procedencia		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Otros Datos		
Dolor, EVA:	2 [x]		* NINGUNO		
Distresado:	NO	SI - NO			

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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Hora aproximada del hecho					
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° 15108158)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		C5	
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
AM - RAM - CUADRO DE DIAS CON CORIZA CONGESTION NASAL TOS SENSACION FEBRIL. AL EF FARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADOS MP + SRA SIN TIRAE O CIANOSIS.		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente	
		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.	
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención	
IBUPROFENO 7.5 ML C/8 H X 3D DESLORATADINA 5ML C/12 H X 5D EDUCO MEDIDAS GENERALES EDUCO SINTOMAS DE ALARMA SOS URGENCIA		C5	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15108158) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Dr. Ricardo José Buitrago Holmquist MEDICINA GENERAL RUT: 25.844.296-2 </div> <div style="text-align: right;"> Ricardo José Buitrago Holmquist Medicina General RUT: 25.844.296-2 </div> </div>			

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.