



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12538402

10

ADMISION: 08/10/2022 17:51	INICIO DE ATENCION: 08/10/2022 18:01	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: ISIDORA BELEN PEÑA MARTINEZ		RUT: 25104687 - 5	TELEFONO:	Sin informacion																												
DIRECCION: LA QUEBRADA # 1718		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																													
EDAD: 7 años 1 meses 5 dias (03/09/2015)		SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A																												
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>08/10/2022 17:51</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>144 [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>ALERTA</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 :	08/10/2022 17:51	Temperatura Axilar:	37 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	144 [x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	08/10/2022 17:51																															
Temperatura Axilar:	37 [°C]																															
Temperatura Rectal:																																
Presión Sistólica:																																
Presión Diastólica:																																
Frecuencia Cardiaca:	144 [x]																															
Frecuencia Respiratoria:																																
Saturometría:	100 [%]																															
Latidos Cardio - Fetales:																																
Hemoglucotest:																																
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																															
Dolor, EVA:																																
Distresado:	SI - NO																															
	SI - NO																															
Motivo de Consulta MADRE REFIERE FIEBRE (39.8 CUANTIFICADA EN HOGAR), TOS CON SECRECIONES Y RINORREA (1 DIA DE EVOLUCION)																																
Funcionario Que Atiende <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																														
Origen de la Procedencia DOMICILIO																																
Otros Datos * NINGUNO																																
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> <td>Hora 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 </td> <td> <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 </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td>:</td> </tr> </table>					Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> 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	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				:														
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> 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	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				:																							
DIA	MES	AÑO																														
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 Nº 12538402) J068 : (En estudio) FARINGOAMIGDALITIS																																
				Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C2																												
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 <input type="checkbox"/> C2																																
Indicaciones al alta ABUNDANTE LIQUIDO EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA ACUDIR A PÓLICLINICO SOS REPOSO EN CASA POR 5 DIAS																																
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12538402) ABRAHAM AMAYA THERAN MEDICO APS 25848972-1 JOSE LUIS CONSUEGRA THERAN MEDICO APS 25051187-6																																

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.