



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14762439

10A.

ADMISION: 30/08/2024 17:06		INICIO DE ATENCION: 30/08/2024 18:22		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: MONSERRAT EMILIA FERREIRA ANDRADE		RUT :	25770441 - 6	TELEFONO:	45122443 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE COROPUNA 0649 COMUNA: TEMUCO EDAD: 7 años 3 meses 11 dias (19/05/2017)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A	
<b>SIGNS VITALES</b>						
Hora :	30/08/2024 17:55					
Temperatura Axilar:	37.5 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardiaca:	113 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometria:	98 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVD):	ALERTA	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	NO	SI - NO				
<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"/> Puntzante <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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>	
<table border="1"> <tr> <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 14762439)</b>						
3209 : BRONQUITIS AGUDA						
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>						
C4						
<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>Procedimientos e indicaciones en box</b>						
35 KG						
<b>Indicaciones al alta</b>						
REPOSO EN CASA X 5 DIAS						
SALBUTAMOL INH 2 CADA 6 H POR 7 DIAS AEROCAMARA PREDNISONA COMP 20 TOMAR 1 CADA 24 H POR 5 DIAS PARACETAMOL COMP 1 CADA 6 H POR 3 DIAS LORATADINA COMP 1 CADA 24 H POR 7 DIAS						
ABUNDANTE LIQUIDO ASEO NASAL SI TIENE CONGESTION						
KINE EN SU CESFAM						
CONTROL SOS						
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14762439)</b>						
EDGAR DAVID SANCHEZ OLVEROS MEDICO APS 28101427-7						

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.