



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14879542

F. A.

ADMISION: 02/10/2024 17:16		INICIO DE ATENCION: 02/10/2024 19:49		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS									
NOMBRE: ISABELLA FERNANDA DANIELA CALABRANO RUIZ		RUT: 23938977 - 5		TELEFONO: 87065753 (CELULAR)									
DIRECCION: CALLE LYNCH N° 650, CENTRO COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):									
EDAD: 12 años 4 meses 29 dias (03/05/2012)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - D									
<b>SIGNOS VITALES</b>													
Hora:	02/10/2024 17:51												
Temperatura Axilar:	37.3 [°C]												
Temperatura Rectal:													
Presión Sistólica:	95 [mmHg]												
Presión Diastólica:	64 [mmHg]												
Frecuencia Cardiaca:	99 [x]												
Frecuencia Respiratoria:													
Saturometría:	98 [%]												
Latidos Cardio - Fetales:													
Hemoglucotest:													
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I											
Dolor, EVA:	0 [x]												
Distresado:	NO	SI - NO											
<b>Motivo de Consulta</b>													
MADRE REF. TOS SECA, SENSACION FEBRIL Y DOLOR DE PECHO.													
<b>Observaciones Categorización</b>													
MADRE REF. TOS SECA, SENSACION FEBRIL Y DOLOR DE PECHO, ESCALOSFIOS DESDE AYER													
<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"/> Frío <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				<table border="1"> <tr> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td>:</td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho	:
DIA	MES	AÑO											
Hora aproximada del hecho													
:													
<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 N° 14879542)</b>													
JO69 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA													
<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 Sin control Destino: Fecha de <input type="checkbox"/> Sin Indicación <input type="checkbox"/> Información Hospitalización:													
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>													
<b>Categorización Cierre Atención</b>													
C5													
<b>Indicaciones al alta</b>													
REPOSO EN CASA POR 5 DIAS NO SOBREABRIGAR HIDRATACIÓN ABUNDANTE ASEO NASAL FRECUENTE  PARACETAMOL 500 MG, 1 COMP Y MEDIO EN CASO DE DOLOR O FIEBRE SOBRE 38°C, MAXIMO CADA 6 HORAS  IBUPROFENO 400 MG, 1 COMP EN CASO DE DOLOR O FIEBRE SOBRE 38°C QUE NO CEDE CON PARACETAMOL, MAXIMO CADA 8 HORAS  ***RECONSULTAR SOS EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HUNDIMIENTO DE PARTES BLANDAS, RESPIRACION RAPIDA, SONIDO DE PITO EN EL PECHO, TOS DE PERRO Y DISFONIA, FIEBRE QUE NO CEDE CON MEDICAMENTOS, EDUCO SIGNOS DE ALARMA****  SI PERSISTEN SINTOMAS POR MAS DE 5 DIAS SOLICITAR CONTROL CON MEDICO GENERAL EN SU CESFAM													
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14879542)</b>													
VICTOR RAUL BASCUÑAN IGOR MEDICO APS 18439360-3													

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.