

II-0A



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: IMPERIAL HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 16181656

| | | | | | |
|---|--|---|--|-----------------------------------|--|
| ADMISSION: 01/11/2025 22:46 | | INICIO DE ATENCION: 01/11/2025 23:07 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | |
| NOMBRE: ANTONIA BELEN SOTO CAYUQUEO | | RUT : 23121609 - K | | TELEFONO: 59858865 (CELULAR) | |
| DIRECCION: SECTOR PINDACO | | PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | |
| COMUNA: NUEVA IMPERIAL | | DECLARADO: | | PREVISION: FONASA - A | |
| EDAD: 16 años 1 meses 20 días (12/09/2009) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA) | | | |
| SIGNOS VITALES | | | | | |
| Hora : | | 01/11/2025 22:57 | | | |
| Temperatura Axilar: | | 36 [°C] | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | |
| Presión Sistólica: | | 128 [mmHg] | | | |
| Presión Diastólica: | | 89 [mmHg] | | | |
| Frecuencia Cardíaca: | | 72 [x] | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | 18 [x] | | | |
| Saturometría: | | 100 [%] | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | | ALERTA | | A - V - D - I | |
| Dolor, EVA: | | 7 [x] | | | |
| Distresado: | | NO | | SI - NO | |
| Motivo de Consulta | | | | | |
| INGESTA MEDICAMENTOSA ZOPICLONA Y MELATONINA | | | | | |
| Observaciones Categorización | | | | | |
| INGESTA MEDICAMENTOSA ZOPICLONA Y MELATONINA (A LAS 20 HRS APROX) | | | | | |
| Funcionario Que Atiende | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médico | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Odontólogo | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Matón(a) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermero(a) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kinesiólogo | | | | | |
| Tipo de Consulta : ADULTO | | | | | |
| 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 | | | | | |
| Naturaleza del Hecho | | Elemento Causante | | Fecha Aproximada del Hecho | |
| <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito | | <input type="checkbox"/> Contundente | | DÍA | |
| <input type="checkbox"/> Accidente laboral | | <input type="checkbox"/> Cortante | | MES | |
| <input type="checkbox"/> Accidente escolar | | <input type="checkbox"/> Punzante | | AÑO | |
| <input type="checkbox"/> Accidente doméstico | | <input type="checkbox"/> Corto-punzante | | Hora aproximada del hecho | |
| <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública | | <input type="checkbox"/> Arma de Fuego | | : | |
| <input type="checkbox"/> Agresión | | <input type="checkbox"/> Explosión | | | |
| <input type="checkbox"/> Riña | | <input type="checkbox"/> Calor | | | |
| <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar | | <input type="checkbox"/> Frío | | | |
| <input type="checkbox"/> Mordedura de perro | | <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| <input type="checkbox"/> VVS | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente Incendio | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente Erupción | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami | | | | | |
| 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° 16181656) | | | | | |
| F43.2 ; (En estudio) TRASTORNO ADAPTATIVO C/ANIMO DEPRESIVO | | | | | |
| Resultado aplicación protocolo selector de demanda | | | | | |
| C2 | | | | | |
| Condición del paciente al cter. e de atención | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Vivo | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fallecido | | | | | |
| Destino Inmediato del Paciente | | | | | |
| Alta domicilio | | | | | |
| Sin control | | | | | |
| Destino: | | | | | |
| Fecha de Indicación Sin | | | | | |
| Hospitalización: Información. | | | | | |
| Categorización Cierre Atención | | | | | |
| C3 | | | | | |
| Anamnesis e historia clínica | | | | | |
| A. MORBIDOS: NO | | | | | |
| ALERGIAS: NO | | | | | |
| TRAIDA POR SU MADRE, REFIERE CONSUMO DE 4 COMPRIMIDO DE ZOPICLONA, 4 COMPRIMIDOS DE MELATONINA GATILLANTE FUE QUE SU MADRE LE REVISÓ EL TELEFONO ENCONTRANDO CONVERSACIONES DE INDOLE SEXUAL CON ALGUNAS AMIGAS. POR OTRO LADO, TIENE A SU ABUELO GRAVE A LA UCI, AL CUAL ES MUY CERCANA. | | | | | |
| EXAMEN FISICO | | | | | |
| EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, COOPERADORA | | | | | |
| SOMNOLIENTA | | | | | |
| HDE, EUCARDICA, AFEBRIL | | | | | |
| MP (+) SRA.RR2TNAS | | | | | |
| ABDOMEN: BDI SIN MASAS NI MEGALIAS, SIN IRRITACION PERITONEAL. | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box | | | | | |
| SF 500CC EV | | | | | |
| EXAMENES DE LABORATORIO | | | | | |
| TC DE CEREBRO SC | | | | | |
| DOSIS FUERA DE RANGO TOXICO, | | | | | |
| NOTIFICACION MIDAS N° DE FOLIO 250950267 | | | | | |
| EXAMENES DE LABORATORIO DENTRO DE LIMITES NORMALES. | | | | | |
| TC DE CEREBRO SC. | | | | | |
| ESTUDIO SIN EVIDENCIAS DE UNA LESIÓN TRAUMÁTICA AGUDA CRANEOENCEFÁLICA | | | | | |
| EVENTUAL ALTA AM DE ACUERDO A EVOLUCION, IMPRESIONA IMPULSIVO. | | | | | |
| PACIENTE EN MEJORES CONDICIONES, TRANQUILA, REFIERE QUE NO VOLVERIA A REALIZAR EL HECHO, SE DECIDE ALTA | | | | | |
| Indicaciones al alta | | | | | |
| - REPOSO EN CASA POR 4 DIAS A PARTIR DEL 03/11/25 | | | | | |
| - PEDIR HORA EN SALUD MENTAL EN SU CESFAM (MEDICO Y PSICOLOGO) | | | | | |
| - CLONAZEPAM 0.5 MG SOLO (SOS) POR 5 DIAS | | | | | |
| - FLUOXETINA 20 MG DIA POR 15 DIAS | | | | | |
| - RECONSULTAR SOS | | | | | |
| - LOS MEDICAMENTOS DEBEN SER ADMINISTRADOS POR UN ADULTO. | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16181656) | | | | | |
| PAOLA MICHEL VARAS HERNÁNDEZ | | | | | |
| MEDICO APS | | | | | |
| 18502395-8 | | | | | |