



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

III A

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 16108943

ADMISION: 11/10/2025 22:31		INICIO DE ATENCION: 11/10/2025 23:24		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																															
NOMBRE: PASCALE ISIDORA SALDIVIA POLANCO		RUT : 22815624 - 8		TELEFONO: 57082062 (CELULAR)																															
DIRECCION: CALLE HERMANA JUANITA 1232 COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 17 años 1 meses 6 dias (05/09/2008)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																															
SIGNS VITALES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Hora :</td><td>11/10/2025 22:49</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.5 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>100 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>60 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>63 ['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><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	11/10/2025 22:49	Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	100 [mmHg]	Presión Diastólica:	60 [mmHg]	Frecuencia Cardiaca:	63 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:	NO	SI - NO				
Hora :	11/10/2025 22:49																																		
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																		
Temperatura Rectal:																																			
Presión Sistólica:	100 [mmHg]																																		
Presión Diastólica:	60 [mmHg]																																		
Frecuencia Cardiaca:	63 ['x]																																		
Frecuencia Respiratoria:																																			
Saturometría:	100 [%]																																		
Latidos Cardio - Fetales:																																			
Hemoglucotest:																																			
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																	
Dolor, EVA:	NO	SI - NO																																	
Motivo de Consulta DOLOR DE OÍDOS DOLOR DE CABEZA																																			
Observaciones Categorización DOLOR DE OÍDOS DOLOR DE CABEZA, DOLOR DE GARGANTA HACE 2 DIAS																																			
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 : 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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th style="text-align: center;">DÍA</th> <th style="text-align: center;">MES</th> <th style="text-align: center;">AÑO</th> <th style="text-align: center;">:</th> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho			DÍA	MES	AÑO	:																				
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho																																
		DÍA	MES	AÑO	:																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</td> <td><input type="checkbox"/> Contundente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente laboral</td> <td><input type="checkbox"/> Cortante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente escolar</td> <td><input type="checkbox"/> Punzante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</td> <td><input type="checkbox"/> Corto-punzante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</td> <td><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión</td> <td><input type="checkbox"/> Explosión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Riña</td> <td><input type="checkbox"/> Calor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</td> <td><input type="checkbox"/> Frío</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td>VVS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Accidente Incendio</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Accidente Terremoto</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Accidente Erupción</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Accidente Tsunami</td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante	<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante	<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	VVS		OTRO		Accidente Incendio		Accidente Terremoto		Accidente Erupción		Accidente Tsunami	
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente																																		
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante																																		
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante																																		
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante																																		
<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																																		
VVS																																			
OTRO																																			
Accidente Incendio																																			
Accidente Terremoto																																			
Accidente Erupción																																			
Accidente Tsunami																																			
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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																									
<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 16108943) J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA																																			
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C5																																			
Condición del paciente al cierre 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 <input type="checkbox"/> C5																																			
Procedimientos e indicaciones en box																																			
Indicaciones al alta PARACETAMOL 500MG, 1 COMP CADA 6 HORAS POR 3 DIAS IBUPROFENO COMP 400MG, 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS LORATADINA COMP 10MG, 1 POR NOCHE POR 5 NOCHES CONTROL EN CONSULTORIO DE PERSISTIR SINTOMATOLOGIA PARA ESTUDIO ACUDIR A URGENCIA EN CASO DE PRESENTAR: -DIFICULTAD RESPIRATORIA NO ASOCIADA A CONGESTION NASAL																																			
REPOSO MEDICO POR 5 DIAS																																			
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16108943) JOSE DANIEL LUGO GUIÑAN MÉDICO ADP																																			