



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKEWE-PELALE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 14306998

GeB

ADMISION: 08/04/2024 21:20		INICIO DE ATENCION: 08/04/2024 21:24		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																	
NOMBRE: ARIELA HUINCA MARIN		RUT : 24262413 - 0		TELÉFONO: 88695956 (CELULAR)																	
DIRECCION: CALLE CAMINO BOROA SECTOR MILLELCHE		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																	
COMUNA: FREIRE		DECLARADO:																			
EDAD: 10 años 11 meses 13 días (26/04/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A																	
SÍGNOS VITALES																					
Hora :	08/04/2024 21:21																				
Temperatura Axilar:	38 [°C]																				
Temperatura Rectal:																					
Presión Sistólica:																					
Presión Diastólica:																					
Frecuencia Cardiaca:	134 ['x]																				
Frecuencia Respiratoria:																					
Saturometría:	98 [%]																				
Latidos Cardio - Fetales:																					
Hemoglucotest:																					
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I																			
Dolor, EVA:																					
Distresado:	SI - NO	SI - NO																			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Motivo de Consulta (MAKEWE) MADRE REFIERE EL DIA VIERNES PICADURA DE INSECTO, AYER EVOLUCIONA CON INFLAMACION Y HOY CON CUADRO FEBRIL AL CONTROL 38 </div>																					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Observaciones Categorización FIEBRE, MADRE REFIERE CUADRO PICADURA DE INSECTO EL DIA VIERNES </div>																					
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" style="width: 100%;"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha 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 <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Eruptión <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro </td> <td style="text-align: center;">DIA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Hora aproximada del hecho : :</td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Eruptión <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho : :		
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Eruptión <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO																	
			Hora aproximada del hecho : :																		
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° 14306998) B349 : VIROSIS																					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda 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 C4																					
Procedimientos e indicaciones en box LABORATORIO KETOPROFENO 50 MG EV GB 6990, PMN 69,2% PCR 25,9																					
Indicaciones al alta REPOSO EN CASA POR 3 DÍAS REGIMEN BLANDO, HIDRATACIÓN ABUNDANTE PARACETAMOL 500 MG C8 HRS SI DOLOR O FIEBRE CLORFENAMINA 4 MG, MEDIO C/8 HRS POR 3 DÍAS RECONSULTAR SOS																					
Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 14306998) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Fecha Envío</td> <td>Fecha Regreso</td> <td>Tipo</td> <td>Comentario</td> </tr> <tr> <td>08/04/2024 21:31</td> <td>08/04/2024 23:24</td> <td>OBSERVACION</td> <td></td> </tr> </table>						Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario	08/04/2024 21:31	08/04/2024 23:24	OBSERVACION									
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario																		
08/04/2024 21:31	08/04/2024 23:24	OBSERVACION																			
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14306998) PIA FRANCISCA ESPERANZA GOMEZ PRADO MEDICO APS 18434357-6																					

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.