



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14916273

TMA.

ADMISION: 12/10/2024 16:49		INICIO DE ATENCION: 12/10/2024 17:53		MEDIO LLEGADA	PROPIOS MEDIOS																												
NOMBRE: DOMINIQUE ISIDORA SILVA PILQUIMÁN		RUT :	22656376 - 8	TELEFONO:	Sin información																												
DIRECCION: LILEN 3736 CAMINO VIEJO CAJÓN COMUNA: TEMUCO EDAD: 16 años 7 meses 20 dias (22/02/2008)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISIÓN:	FONASA - D																												
<b>SÍGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>12/10/2024 16:52</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37.5 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>148 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>82 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>122 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td>20 ['x]</td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</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></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	12/10/2024 16:52	Temperatura Axilar:	37.5 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	148 [mmHg]	Presión Diastólica:	82 [mmHg]	Frecuencia Cardiaca:	122 ['x]	Frecuencia Respiratoria:	20 ['x]	Saturometría:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:	A - V - D - I	Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	12/10/2024 16:52																																
Temperatura Axilar:	37.5 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:	148 [mmHg]																																
Presión Diastólica:	82 [mmHg]																																
Frecuencia Cardiaca:	122 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:	20 ['x]																																
Saturometría:	99 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:	A - V - D - I																																
Distresado:	NO																																
	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> HERMANA REF. DIFICULTAD RESPIRATORIA, FIEBRE, TOS CON FLEMA CONGESTIÓN NASAL. EVOL. 1 DÍA. ANT MORB. RINITIS ALÉRGICA. RAM. (-) (C. PUEBLO NUEVO).																																	
<b>Observaciones Categorización</b> HERMANA REF. DIFICULTAD RESPIRATORIA, FIEBRE, TOS CON FLEMA CONGESTIÓN NASAL. EVOL. 1 DÍA SIN DISNEA,																																	
<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																																	
<b>Tipo de Consulta :</b> ADULTO <b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA																																	
<b>Origen de la Procedencia</b> DESCONOCIDO																																	
<b>Otros Datos</b> NINGUNO																																	
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>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 Erupción  <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> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td colspan="3">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 Erupción <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	<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				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 Erupción <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	<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				Hora aproximada del hecho																								
DIA	MES	AÑO																															
<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 14916273)</b> <b>3209 : (En estudio) BRONQUITIS AGUDA</b>																																	
				<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 Información. Hospitalización:																																	
<b>Categorización Cierre Atención</b> C3																																	
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> SEMISENTAR. O2 SI SAT < 93%  HIDROCORTISONA 100 MG EV NBZ CON BERODUAL 1 + 3 CC CADA 20 MIN X 3 VECES  3 EPISODIOS OBSTRUCTIVOS RESPIRATORIOS ESTE AÑO, ANT MATERNO DE ASMA. SIN ESTUDIO DE ASMA BRONQUIAL																																	
<b>Procedimientos</b> INYECCION ENDOVENOSA AEROSOLTERAPIA (NEBULIZACION) ADMINISTRACION FLEBOCLISIS																																	
<b>Indicaciones al alta</b> - CONTROL EN SU CESFAM EN 72 HRS CON MEDICO PARA EVALUAR RESPUESTA A TRATAMIENTO. ADEMÁS SUGIERO DERIVACION PARA ESPIROMETRIA POR SOSPECHA DE ASMA BRONQUIAL  - REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS, MEDIDAS DE HIGIENE PARA DISMINUIR CONTAGIO - HIDRATACIÓN ABUNDANTE, 1,5 A 2 LT DE AGUA DIARIOS  - PREDNISONA 1 COMP EN LA MAÑANA POR 3 DIAS - SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 6 HRS POR 7 DIAS, CON AEROCAMARA - AMOXICILINA 500 MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 7 DIAS  - EN CASO DE PRESENTAR DIFICULTAD RESPIRATORIA (QUE DIFICULTA EL HABLA) TEMPERATURA SOBRE 38°C QUE NO BAJA CON PAÑOS HUMEDOS Y MEDICAMENTOS, VÓMITOS MUY SEGUIDOS QUE IMPIDEN HIDRATACIÓN POR BOCA O COMPROMISO DE CONCIENCIA, ENTRE OTROS SÍNTOMAS DE ALARMA (EXPLOCIO), ACUDIR A URGENCIAS																																	
<b>Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU Nº 14916273)</b> <table border="1"> <tr> <th>Fecha Envío</th> <th>Fecha Regreso</th> <th>Tipo</th> <th>Comentario</th> </tr> <tr> <td>12/10/2024 18:06</td> <td>12/10/2024 19:22</td> <td>OBSERVACION</td> <td>NBZ HIDROCORTISONA EV</td> </tr> </table>						Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario	12/10/2024 18:06	12/10/2024 19:22	OBSERVACION	NBZ HIDROCORTISONA EV																				
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario																														
12/10/2024 18:06	12/10/2024 19:22	OBSERVACION	NBZ HIDROCORTISONA EV																														
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14916273)</b>  FRANCISCA CAROLINA CASTILLO TORRES MEDICO APS 1946049-8																																	

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.