



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14907088

TU B.

ADMISION: 10/10/2024 00:37	INICIO DE ATENCION: 10/10/2024 01:30	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS				
NOMBRE: JOSEFA ANTONIA HERNANDEZ MUÑOZ		RUT : 22300913 - 1	TELEFONO: 62621960 (CELULAR)			
DIRECCION: CALLE VILUMILLA 1670 DEPTO B COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):			
EDAD: 17 años 9 meses 24 dias (16/12/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A			
SIGNS VITALES						
Hora :	10/10/2024 00:39					
Temperatura Axilar:	36.1 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:	110 [mmHg]					
Presión Diastólica:	60 [mmHg]					
Frecuencia Cardiaca:	77 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	100 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	SI - NO	SI - NO				
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"/> 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <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 Nº 14907088) J304 : (En estudio) RINITIS ALERGICA					Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
					C5	
Anamnesis e historia clínica PCTE FEMENINO DE 17 AÑOS ACUDE CON SU MADRE QUIEN REFIRER CC DE 1 SEM DE EVOL DADO POR TOS SECA PERSISTENTE, CEFALEA, MAS CONGESTION NASAL					Condición del paciente al cierre de atención	
					<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box CLORFENAMINA: 10 MG IM					Destino Inmediato del Paciente	
					Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.	
Indicaciones al alta LORATADINA: 10 MG 1 NOCHE POR 10 DIAS PREDNISONA: 5 MG 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS IBUPROFENO: COMP DE 400 MG 1 CADA 8 HORAS POR 5 DIAS MEDIDAS AMBIENTALES EVITAR OLORES FUERTES, HUMO, HUMEDAD. CONTROL POR SALA IRA EN SU CONSULTORIO. REPOSO DOMICILIARIO POR 3 DIAS					Categorización Cierre Atención	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14907088) Dr. Leónel Alexander Martínez Soto Médico Clínico 00-02 DNI: 25663730-2 LEONEL ALEXANDER MARTINEZ SOTO MEDICO APS 25663730-2					C5	
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.						